UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

LAYLA DANIELE PEDREIRA DE CARVALHO

Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de
saúde para as mulheres

SÃO PAULO
2017

LAYLA DANIELE PEDREIRA DE CARVALHO

Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de
saúde para as mulheres

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e
Ciências Humanas da Universidade de São Paulo
como requisito para a obtenção do título de doutora
em Ciência Política.

Área de concentração: Ciência Política

Orientadora: Prof^a Dr^a Rossana Rocha Reis

SÃO PAULO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

C331e Carvalho, Layla Pedreira
Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e
dinâmicas transnacionais nas políticas de saúde para
as mulheres / Layla Pedreira Carvalho ; orientador
Rossana Rocha Reis. - São Paulo, 2017.
212p f.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras
e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
Departamento de Ciência Política. Área de
concentração: Ciência Política.

1. Transnacionalismo. 2. Interseccionalidade. 3.
Políticas públicas. 4. Movimentos sociais. 5.
Epidemia. I. Reis, Rossana Rocha, orient. II. Título.

CARVALHO, Layla Pedreira. **Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres**. 2017. 212p. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a _____
Instituição: _____
Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____
Instituição: _____
Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____
Instituição: _____
Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____
Instituição: _____
Julgamento: _____
Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____
Instituição: _____
Julgamento: _____
Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

É impressionante como alguns anos na vida mudam muito de como nos portamos e entendemos nosso papel no mundo. Esses quatro anos de doutorado foram uma senhora viagem para ver, ouvir, sentir e me apresentar para o diferente. Para o mundo dentro e fora da academia. Uma das conclusões a que eu chego é que criamos uma monstra: uma pessoa muito diferente daquela que começou o doutorado, sobretudo na capacidade de interagir com lugares, situações e, mais importante, com as outras pessoas. Eu estou muito feliz e muito grata pelas pessoas que conheci – por cada uma delas durante esse tempo e que foram mais do que as que conheci durante toda a minha vida – e sei que não nomearei todas aqui por razões óbvias. Mas, saiba que se entre 2013 e 2017 eu conheci ou convivi algumas horas com você que me lê agora, certamente parte sua está aqui nesta tese. Nesses quatro anos fui uma aprendiz voraz: aprendi muito sobre esse tema de pesquisa por que estou completamente encantada no momento, mas aprendi ainda mais sobre as pessoas e sobre mim. E esse é o resultado mais bonito desta tese.

Agradeço à minha orientadora professora Rossana Rocha Reis pelo apoio, pela orientação e pela compreensão nesse período. A relação de orientação é uma das que reputo das mais difíceis e conseguimos construir uma relação de respeito e cooperação nesses quatro breves anos. Muito obrigada!

Agradeço à minha orientadora do doutorado sanduíche professora Sonia Elena Alvarez pelos insights dentro e fora dos textos, pela acolhida nos Estados Unidos nos bons e nos maus momentos e por, entre outras coisas, me mostrar a dedicação de uma pesquisadora séria no campo dos movimentos sociais. E, claro, por me apresentar à Gertrude Lima Alvarez. Muito obrigada às duas!

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pela bolsa concedida ao longo dos quatro anos do doutorado.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), à Comissão Fulbright e a University of Massachusetts at Amherst pelo apoio ao meu estágio de doutorado sanduíche.

Agradeço ao Departamento de Ciência Política e à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo pela oferta de uma estrutura de auxílio à pesquisa. Agradeço particularmente à Secretaria do Departamento a me ajudar a

sobreviver às exigências procedimentais e burocráticas. Muito obrigada, Rai, Vasne, Márcia e Léo!

Durante a minha empreitada acadêmica contei com a ajuda de três grupos de estudo que considero fundamentais para a minha pesquisa.

Agradeço ao Grupo Raça, Desigualdade e Política, coordenado pela professora Márcia Regina Lima, pelas discussões enriquecedoras, pelas revisões do meu projeto de pesquisa e de capítulos desta tese, pelas críticas e sugestões de mudança no texto e nas referências bibliográficas. Agradeço pelo apoio subjetivo de conhecer pesquisadoras negras empenhadas na construção de pesquisas relevantes tanto acadêmica quanto socialmente. Muito obrigada, Márcia, Manu, Renata, Denise, Flávia, Edilza, Evelyn, Karina, Letícia, Rita, Valéria, Danilo, Gabriel e Paulo!

Agradeço às reuniões de formação e de organização do Grupo de Estudos Gênero e Política – Gepô. Estar em meio a pesquisadoras com interesses de pesquisa feministas, com propostas novas para a organização da academia e do Departamento de Ciência Política, dedicadas a fortalecer o debate de gênero em um espaço ainda árido, com postura aberta a acolher novas mulheres e novas experiências, ajudou muito meus anos finais de doutorado! Muito obrigada por construirmos isso juntas, Léa, Bia, Gabi, Hannah, Vero, Mari, Lilian e Rebbeca!

Agradeço pela acolhida que recebi do Núcleo Democracia e Ação Coletiva (NDAC), do Cebrap, coordenado pelo professor Adrián Gurza Lavalle. Aprendi muito nos debates sobre a escolha dos textos, na escolha dos campos com quem se quer conversar ao determinar uma abordagem de pesquisa e no compromisso em avançar uma abordagem nova na pesquisa dos movimentos sociais. Agradeço também pela leitura de parte da minha pesquisa. Muito obrigada, Adrián, Monica, Maria, ze, Euzeneia, Maria Camila e todas as pesquisadoras do NDAC!

Agradeço às mulheres que abriram suas agendas; as portas de suas casas, dos seus trabalhos e de suas memórias para me contarem histórias e responderem a perguntas, me ajudando a entender as dinâmicas porque passaram e que as levaram a decidir pelos caminhos que foram trilhados. Admiro a forma como essas mulheres encaram suas lutas diárias e buscam fazer mudanças nas estruturas que têm prejudicado a saúde e a vida das mulheres. Enquanto peregrinei por estados de quatro das cinco Grandes Regiões do Brasil em busca de dados, encontrei muitas amigas. Muito obrigada, Amelinha, Beth, Carol, Claudinha, Crimeia, Dani, Fabi, Ilca, Ivanilda, Jaqui, Lu, Manu, Marlova, Neide, Paula, Sula, Talita, Vera!

Agradeço muito às pescadoras de Goiana por me mostrarem a beleza e a dureza dos mangues e do trabalho artesanal. Muito obrigada, Sassiane, Ana e Nem, Simone, Edna, Nil, Zeza, Esther!

Agradeço às minhas amigas da academia e de fora dela, pelos ouvidos, pelas cervejas, pelas risadas, pelos ombros, pelas críticas, pelas palavras de esperança, e de apoio e muito, muito mesmo por se mostrarem abertas a dividir comigo esses quatro anos e os próximos que vêm por aí! Muito obrigada, Cristina, Juliana, Renata, Danusa, Sara, Martha, Leidy, Carlos, Sandra, Graziella, Isabel, Betina, Maira, Bruno, Radamés, Samuel!

Agradeço a minha família pelo apoio, pela torcida, pela paciência com as ausências e com as presenças turbulentas. Saber que eu posso contar com vocês me faz continuar caminhando e querendo ver e fazer mais. Muito obrigada, Vinícius, Chica, Elis, Rose, Antonio, Raissa, Odílio, Samuel, Vanessa, Meire, Milene, Antonia, Palloma, Guilherme, Edinho, Manu, Gisela, Edson!

Muito obrigada.

“ – I am not a casualty, I am also a warrior.

What are the words you do not yet have? What do you need to say? What are the tyrannies you swallow day by day and attempt to make your own, until you sick and die of them, still in silence?” (Audre Lorde, 2007 [1987]: 40).

“ – Eu não sou um infortúnio, eu também sou uma guerreira.

Quais são as palavras que você ainda não tem? O que você precisa dizer? Quais são as tiranias que você engole todos os dias e tenta torná-las suas até você adoecer e morrer por elas, ainda em silêncio? (Audre Lorde, 2007 [1987]: 40, tradução livre).

RESUMO

CARVALHO, Layla Pedreira. **Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres**. 2017. 212p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

O objetivo desta tese é entender o papel desempenhado por discursos e ferramentas transnacionais na atuação de atores políticos interessados nas políticas de saúde para as mulheres no Brasil entre 1983 e 2016. Buscamos entender a mobilização de discursos e dinâmicas transnacionais por diferentes atores políticos, sobretudo os movimentos de mulheres, representados por três redes de ativismo: a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento e a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras. Trata-se de uma pesquisa engajada cujos métodos de pesquisa foram: pesquisa documental; entrevistas semiestruturadas e observação participante. Analisamos três momentos em que debates e atores internacionais, nacionais e locais buscam determinar alterações nas políticas de saúde para as mulheres estabelecidas que atendam seus interesses. O primeiro caso que apresentamos é o processo de elaboração do PAISM, no início da década de 1980. Em larga medida, o PAISM é resultado da articulação de feministas dentro do Ministério da Saúde, constituindo a resposta à demanda da sociedade brasileira e internacional quanto à necessidade do estabelecimento de uma política populacional no Brasil, de acordo com os compromissos assumidos pelo país na Conferência de Bucareste, em 1974. O segundo caso é a criação do Programa Rede Cegonha, em 2011. A justificativa oficial para o lançamento do Programa é a dificuldade de alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no que tange à mortalidade materna. A reação ao Rede Cegonha por parte dos movimentos feministas e das mulheres negras é forte e quase imediata ao lançamento da nova política, caracterizada como uma política materno-infantil em contraponto ao paradigma de saúde da mulher vigente entre 1983 e 2010. O terceiro caso é a recente epidemia do vírus Zika e seus efeitos nos direitos reprodutivos das mulheres, sobretudo das mulheres negras no Brasil. Entre os resultados da pesquisa, destacamos que os discursos transnacionais sobre saúde são, caso não sejam acompanhadas da presença de

grupos articulados de feministas ou grupos com objetivos específicos de defesa da saúde das mulheres de maneira ampla, em larga medida, utilizados para reduzir definições mais inclusivas de políticas. Além disso, destacamos os diferenciais de acesso a saúde entre as mulheres quando são usadas abordagens interseccionais de raça/cor. As mulheres negras no primeiro caso eram o público-alvo das ações de esterilização que levaram ao estabelecimento da Lei de Planejamento Familiar em 1996, que determinou a necessidade de separação entre parto e operação de laqueadura. No que tange à mortalidade materna, os diferenciais de morte entre mulheres brancas e negras são enormes: caso a razão de mortalidade materna do país contasse apenas com as mulheres brancas, o Brasil teria sido capaz de alcançar uma das metas dos Objetivos do Milênio. No caso do Zika, o racismo ambiental tem afetado profundamente a vida das populações sem acesso a saneamento básico o que tem deixado essas populações vulneráveis diante de quaisquer epidemias.

Palavras-chave: Transnacionalismo. Interseccionalidades. Políticas públicas. Políticas de saúde para as mulheres. Movimentos de mulheres. Movimentos feministas. PAISM. PNAISM. Rede Cegonha. Epidemia. Vírus Zika.

ABSTRACT

CARVALHO, Layla Pedreira. **From sterilization to Zika: intersectionality and transnationalism in health policies for women.** 2017. 212p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

The main objective of this thesis is to understand the role played by transnational discourses and tools in the performance of political actors interested in health policies for women in Brazil between 1983 and 2016. We seek to understand the mobilization of transnational discourses and dynamics by different political actors, especially women's movements, represented by three networks of activism: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Rede pela Humanização do Parto e Nascimento and Articulação de Mulheres Negras Brasileiras. It is an engaged research whose methods of research were: documental research; Semi-structured interviews and participant observation. We analyze three moments in which international, national and local debates and actors seek to determine changes in already established health policies for women. The first case we present is the PAISM elaboration process, in the early 1980s. Largely, the PAISM is a result of the articulation of feminists within the Ministry of Health, constituting the response to the demand of Brazilian and international society concerning the establishment of a population policy in Brazil, in accordance with the commitments made by the country at the Bucharest Conference in 1974. The second case is the creation of Programa Rede Cegonha in 2011. The official justification for launching the Program was aim to achieve the Millennium Development Goals with regard to maternal mortality. The reaction to Rede Cegonha by the feminist and black women's movements was strong and almost immediate to the launch of the new policy. It was considered a mother-child policy in opposition to the women's health paradigm in force between 1983 and 2010. The third case is the recent outbreak of the Zika virus and its effects on the reproductive rights of women, especially black women in Brazil. Among the results of the research, we emphasize that the transnational discourses on health, if not accompanied by the presence of articulated groups of feminists or groups with specific objectives in defending the health of women, are more commonly used to straighten the contents of policies. In addition, we highlight health access differentials among women when intersectional race/color approaches are used. Black women in the

first case were the target audience for the sterilization actions that led to the establishment of the Family Planning Act in 1996, which determined the need for separation between delivery and sterilization. Regarding maternal mortality, the differences in death among white and black women are enormous: if Brazil's maternal mortality ratio was the same as the white women in the country, Brazil would have met one of the targets of the Millennium Development Goals. In the case of Zika, environmental racism has profoundly affected the lives of people without access to basic sanitation, which has left these populations vulnerable to any health outbreak.

Key words: Transnationalism. Intersectionalities. Health policies for women. Women's movements. Feminist movements. PAISM. PNAISM. Rede Cegonha. Outbreak. Zika virus

LISTA DE SIGLAS

AACD – Associação de Apoio a Criança Deficiente

ABEPF – Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar

ACS – Agente Comunitária de Saúde

AL – América Latina

AMAR – Aliança de Mães de Famílias Raras

AMNB – Articulação de Mulheres Negras Brasileiras

ATSM – Área técnica de Saúde da Mulher

AVS – Association for Voluntary Sterilization

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CDC – Centers for disease control and prevention (Centros para controle e prevenção de doenças)

CEAP – Centro de Articulação de Populações Marginalizadas

CEPARH – Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana

CGBP - Casas de Gestante, Bebê e Puérpera

CGSM – Coordenação-Geral de Saúde da Mulher

CID – Classificação internacional de doenças

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CISMU – Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher

CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPAIMC - Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança

CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CPN - Centros de Parto Normal

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DST – Doença sexualmente transmissível

EAR – Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia

ECOSOC – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

EFLAC – Encuentro Feminista de América Latina y Caribe

ESPII – Emergência em saúde pública de importância internacional

ESPIN – Emergência em saúde pública de importância nacional

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para as Populações

FPIA – Family Planning International Assistance

FPIA – Family Planning International Assistance

GAP – Grupo de Assessoria e Participação

IFRP – International Food Relief Partnership

IMBCI – International MotherBaby Childbirth Initiative – Iniciativa Internacional pelo Nascimento MãeBebê

IMBCO – International MotherBaby Childbirth Organization – Organização Internacional pelo Nascimento MãeBebê

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IPPF – International Planned Parenthood Federation

IPPF – International Planned Parenthood Federation

JHPIEGO - Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MNU – Movimento Negro Unificado

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OXFAM – Oxford Committee for Famine Relief (Comitê de Oxford de Combate à Fome)

Pacto – Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMI – Programa Materno-Infantil

PNH – Política Nacional de Humanização

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPP – Pré-parto, parto e pós-parto

PT – Partido dos Trabalhadores

ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

Renezika – Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas

RFS – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SES SP – Secretaria de Saúde do estado de São Paulo

SNCC – Student Nonviolent Coordinating Committee (Comitê de Coordenação Não-violenta de Estudantes)

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBM – União Brasileira de Mulheres

UFs – Unidades da Federação

UMA – União de Mães de Anjos

Unegro – União de Negros pela Igualdade

UNFPA– Fundo das Nações Unidas para as Populações

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID – United States Agency for International Development

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
DE NEOMALTHUSIANOS E AFINS PARA DIREITOS REPRODUTIVOS, DIREITOS SEXUAIS E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	20
TRANSNACIONALISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS	22
OS MOVIMENTOS DE MULHERES E FEMINISTAS – PORQUE DIFERENCIAMOS OS DOIS?	28
AS INTERSECCIONALIDADES PERMEANDO A PESQUISA	32
METODOLOGIA, MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	35
POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES – 1980 A 2016.....	35
CAPÍTULO 1 – DA INTEGRALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES AOS DIREITOS REPRODUTIVOS: ATIVISMO E DEBATES TRANSNACIONAIS	40
1. DOS DEBATES POPULACIONAIS AOS DIREITOS REPRODUTIVOS: A CONSTRUÇÃO TRANSNACIONAL DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	42
2. DO MATERNO-INFANTILISMO À SAÚDE DA MULHER: PARADIGMAS DE SAÚDE DAS MULHERES, DEBATES SOBRE EXPLOSAÇÃO POPULACIONAL NO BRASIL E A PROPOSTA DE SAÚDE INTEGRAL.	50
2.1. Integralidade da saúde das mulheres: para além da gravidez e do número de filhos 60	
4.1.1. Duas redes de ativismo pela saúde das mulheres	74
CAPÍTULO 2 – HUMANIZAÇÃO E REDE CEGONHA: OBJETIVOS DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS E A INFLEXÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NOS ANOS 2000.....	83
1. MORTALIDADE MATERNA EM PERSPECTIVA INTERNACIONAL: OS OBJETIVOS DO MILÊNIO.....	92
OS MOVIMENTOS DE MULHERES EM TORNO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ATUAÇÃO INTERNA E INTERNACIONAL	94
1.1. PARADOXOS DO MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: FEMINISTAS OU CONSUMIDORAS?	98
1.2. HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL: ALGUNS DEBATES, A REHuNA E SUAS CONEXÕES INTERNACIONAIS	100
2.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM)	103
2.2. PROGRAMA REDE CEGONHA.....	107
3.1. A CRIAÇÃO DA AMNB.....	112
CAPÍTULO 3 – VÍRUS ZIKA E DIREITOS REPRODUTIVOS: A EMERGÊNCIA TRANSNACIONAL, AS AÇÕES E AS POLÍTICAS LOCAIS.....	121
2. O ESTADO BRASILEIRO NA EPIDEMIA.....	134
2.1. <i>O RACISMO AMBIENTAL COMO FATOR EXPLICATIVO DA EPIDEMIA.....</i>	<i>134</i>
2.2. <i>AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DURANTE A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA: MAIS DE 100 ANOS PERSEGUINDO MOSQUITOS</i>	<i>139</i>
2.3. <i>PARA ALÉM DO MOSQUITO. A ATENÇÃO À MICROCEFALIA: POLÍTICAS DESENHADAS PARA LIDAR COM O IMPACTO DA EPIDEMIA NAS FAMÍLIAS.</i>	<i>148</i>
2.4. PESQUISA, DESENVOLVIMENTO DE EXPERTISE E GERAÇÃO DE INDICADORES ..	153

3. BUSCA DE APOIO: RESISTÊNCIA DAS MULHERES NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA COMO RESPOSTA À AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PARA ELAS E SUAS FILHAS	157
4. VÍRUS ZIKA, DIREITOS REPRODUTIVOS, MOVIMENTOS FEMINISTAS, O UNFPA E O IPPF. 163	
4.1. <i>UNFPA E IPPF. ESTRANHOS NO NINHO? FINANCIAMENTO ESTRANGEIRO E AS AÇÕES DOS GRUPOS ORGANIZADOS DURANTE A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA: ENCONTRO DO INTERNACIONAL COM O LOCAL</i>	174
5. O TRANSNACIONAL NA ATUALIDADE: DA EPIDEMIA MUNDIAL ÀS SOLUÇÕES LOCAIS... 180	
CONCLUSÃO	182
1. MOBILIZAÇÃO DE DISCURSOS TRANSNACIONAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS	183
2. AS DINÂMICAS NACIONAIS DENTRO DO TRANSNACIONAL	185
3. ESPAÇO PARA CRIAÇÃO DE POLÍTICAS	188
4. CONTINUANDO ESTA PESQUISA: SUGESTÕES E AGENDAS DE PESQUISA.....	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192
ANEXOS	204

INTRODUÇÃO

Ao redor do mundo, organizações de diferentes origens e demandas estão envolvidas no processo de debate e construção de conceitos em torno das políticas populacionais e de políticas de saúde para as mulheres. Entre os anos 1970 e 1980, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), as Conferências sobre População apoiadas pelos países desenvolvidos mobilizaram argumentos neomalthusianos e higienistas para levar adiante esforços de controle dos corpos das mulheres de países do então Terceiro Mundo. Na década de 1990, no entanto, a mobilização transnacional de mulheres conseguiu reverter esse quadro e consagrar os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos como parte do arcabouço dos direitos humanos nas Nações Unidas.

Nesse trabalho pretendemos demonstrar que as ideias, as normas e as propostas estabelecidas em debates, atores e arenas transnacionais – dentro e fora da ONU – influenciam a forma como as políticas de saúde para as mulheres foram desenhadas e executadas no Brasil entre 1983 e 2016. Mais recentemente, com base nessa mesma lógica, pretendemos analisar as políticas brasileiras para o tratamento das doenças causadas pelo vírus Zika, destacando a importância da mobilização local de discursos voltados para a promoção dos direitos reprodutivos no contexto da epidemia, a criação de normas internacionais e as iniciativas de organizações internacionais que serviram para dar visibilidade global à epidemia e moldaram, junto com a tradição das ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* para as escolhas feitas pelo Estado brasileiro.

Com essa finalidade, vamos apresentar a maneira como a mobilização de conceitos, grupos e financiadores internacionais tem afetado os discursos sobre a saúde reprodutiva das mulheres, o desenho das políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil, bem como a capacidade dessas políticas em atender as mulheres em suas especificidades. Acreditamos que a dinâmica transnacional, embora ainda não tenha sido explorada sistematicamente, é fundamental para compreender a formação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. Isso acontece por distintas razões.

Em primeiro lugar, todos os atores políticos envolvidos no processo de elaboração de uma política pública mobilizam discursos e ferramentas transnacionais para melhorar suas chances de sucesso na implementação das ações que acreditam mais efetivas e eficazes para os fins que defendem. Assim, é fundamental questionar quem mobiliza e como mobiliza esses discursos e ferramentas transnacionais, dado que essa particularidade afeta a forma como os discursos são construídos, traduzidos e apropriados. No caso brasileiro, observaremos a forma como os campos discursivos feministas e de mulheres traduzem discursos forjados em arenas internacionais para

garantir ganhos em termos da atuação do Estado em sua área de interesse. Argumentamos que em momentos de baixa participação dos movimentos feministas no desenho das políticas, a mobilização de discursos transnacionais serve para restringir e retroceder em direitos nessas políticas. Assim, como veremos no Capítulo 1, foi possível que de uma pressão internacional e nacional em torno do desenvolvimento de políticas populacionais controlistas, a atuação de gestoras que se identificavam como feministas no Ministério da Saúde, juntamente com uma restrição histórica do governo brasileiro a esse tipo de política, foi uma forma de que se conseguisse gerar o que chamamos de paradigma de saúde da mulher. Outro exemplo é o momento de mobilização do governo Dilma Rousseff em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: a ausência de feministas na coordenação da área de saúde da mulher, combinada a uma pressão eleitoral anterior e compromissos eleitorais, fizeram que um programa com um perfil materno-infantil se transformasse na principal política de saúde para as mulheres na história recente do país.

Em segundo lugar, é importante ressaltar que não existe um sentido único de construção desses discursos e ferramentas: não necessariamente o transnacional determina as dinâmicas que se dão no local, assim como discursos transnacionais não se definem de maneira apartada e sem influência das dinâmicas locais. Há constantes tensões na definição dos enquadramentos e, em que pesem as determinantes internacionais de poder, está relativamente aberta a possibilidade de criação de agendas transnacionais. Assim, apesar de o Estado brasileiro, em geral, convidar ativistas dos movimentos de mulheres para compor suas delegações nas reuniões das conferências de mulheres e usar a *expertise* dessas ativistas para promover agendas que interessam ao país, internamente, não está garantida a promoção das demandas de mulheres, entre outras razões porque as normas internacionais são muitas vezes moldadas para garantir diferentes formas de interpretação, de modo que a participação local de organizações de mulheres é fundamental para garantir que essas normas sejam interpretadas de forma que se avancem políticas capazes de dialogar com as demandas das mulheres que representam.

Em terceiro lugar, em casos de inexistência de uma política para lidar com casos novos e epidemias, por exemplo, o que tende a acontecer é que ações adotadas por organizações não-governamentais e outros agentes públicos sejam incorporadas às políticas públicas governamentais. Especificamente em relação às políticas de saúde, uma vez que essas políticas têm a participação social como uma de suas características principais, conforme definido no artigo 198, III da Constituição Federal, a capacidade de inovação das políticas está, em larga medida, relacionada também à permeabilidade governamental às ações da sociedade civil.

De neomalthusianos e afins para direitos reprodutivos, direitos sexuais e planejamento reprodutivo

São muitos os conceitos usados para diferenciar as ações descritas dentro dos estudos demográficos, que influenciam as políticas de saúde. A diferença entre controle de natalidade (*birth control* X *population control*), políticas populacionais, planejamento familiar, planejamento reprodutivo, direitos sexuais e direitos reprodutivos precisa ser ressaltada, sobretudo quando se considera que essas formas de restrições sobre a fecundidade exerceram papéis diferentes em cada grupo de mulheres. Nesta seção discutiremos alguns dos que mais recorrentemente se apresentam nos demais capítulos da tese.

As políticas demográficas são políticas estatais que têm como objetivo modificar a estrutura e a dinâmica populacional por meio de alterações na natalidade, mortalidade e das migrações de um dado país. De acordo com Alves (ALVES, 2006), essas políticas podem ser de três tipos: **explícitas**, em que a atuação do Estado é clara sobre a necessidade de mudança da mudança de um dos componentes demográficos, como é o caso da política do filho único na China; **implícitas**, políticas que têm efeitos na decisão de fecundidade das mulheres – estabelecimento de leis contrárias ao trabalho de gestantes, por exemplos; ou **neutras**, políticas que não afetam qualquer um dos componentes. José Eustáquio Alves afirma que é mais difícil existirem políticas populacionais neutras. No Brasil, o Estado nunca assumiu uma política populacional explícita, apesar de ter sido ao longo da história mais favorável ao aumento populacional (natalista) que à redução do seu nível de crescimento (controlista). Durante as Conferências sobre População das Nações Unidas, a postura brasileira foi sempre de oposição ao estabelecimento de metas para o controle demográfico.

O controle de população é uma proposta que surge vinculada à ideia de malthusianismo, no século XVIII, e é reinaugurado durante os anos 1970, com a defesa do neomalthusianismo pelos países industrializados durante a Conferência do Meio Ambiente, em Estocolmo, e a Conferência de População, em Budapeste. O controle de população visa ao estabelecimento de políticas populacionais explícitas e ativas, aceitando o uso de metas de crescimento populacional e cerceando a liberdade das mulheres de definirem o número e o intervalo de gestações. O malthusianismo defendia que era necessário reduzir o crescimento populacional na medida em que o crescimento populacional seguia uma progressão geométrica, enquanto o de produção de alimentos, uma progressão aritmética. Por sua vez, o neomalthusianismo usa o mesmo argumento problematizando a

capacidade da produção industrial e a capacidade de os recursos naturais disponíveis no planeta suportarem um crescimento contínuo da população mundial.

Muitas vezes, projetos eugênicos e higienistas de população acontecem vinculados a momentos de controle populacional. As políticas que definem regras para que as mulheres possam engravidar procuram dificultar que mulheres de determinados grupos sociais o façam: assim, a prática de esterilização é eugênica porque voltada para eliminar seletivamente um grupo populacional; a política migratória ao final do século XIX no Brasil também pode ser entendida como eugenista, na medida que visava explicitamente melhorar a qualidade racial do povo brasileiro. Por vezes, as práticas eugênicas acontecem simultaneamente a práticas higienistas. O higienismo classifica a forma de viver de determinados grupos populacionais como imprópria. Para resolver a impropriedade, são elaboradas políticas coercitivas seja de expulsão dessas populações para áreas mais afastadas – como foi o caso das reformas no Rio de Janeiro ao final do século XIX – seja de demolição e construção de novas casas. A relação entre o higienismo e o eugenismo se estabelece quando a forma de viver de determinados grupos populacionais se torna justificativa para que essas pessoas não possam ter filhas e filhos: a defesa do uso de anticoncepcionais de longa duração para mulheres viciadas em drogas ou moradoras de rua.

O planejamento familiar é uma reação à ideia do controle de populacional e está em parte vinculado ao controle de natalidade via uso de métodos contraceptivos. O planejamento familiar inaugura a ideia da liberdade para a determinação e o espaçamento do número de filhos. No Brasil, a Constituição Federal prevê, em seu artigo 226, Parágrafo 7º, que o planejamento familiar é direito do casal, estabelecendo antes que a família é a base da sociedade. O possível caráter conservador dessa abordagem fez que mais recentemente se use também a expressão planejamento reprodutivo. Tal expressão não teria uma carga heteronormativa vinculada a ela e podia ser tanto usada para casais ou pessoas que decidam ter filhas e filhos.

Os debates dos anos 1990 durante as Conferências sociais das Nações Unidas trazem a consagração de dois termos: direitos reprodutivos¹, presente desde a Declaração do Cairo; e os direitos sexuais, cuja noção básica, mas ainda não a sua definição, está presente na Declaração de

¹ Christa Craven (2010) define a origem do conceito de direitos reprodutivos na decisão *Skinner v. Oklahoma*. Jack Skinner foi condenado a esterilização forçada por ter roubado uma galinha. A Suprema Corte decidiu que tal pena era uma usurpação das liberdades básicas. Craven ressalta que apesar de o primeiro caso em que o Estado vai defender o direito a reprodução, essa decisão vai ser largamente usada por mulheres, sobretudo mulheres negras ou deficientes físicas e mentais, que constantemente eram punidas com a perda da sua capacidade reprodutiva. Em alguns casos, os juízes chegavam a incluir frases na sentença que se referiam à necessidade de acabar com a linha genética da pessoa, entendida como desmerecedora de usar o direito de reprodução.

Beijing. Direitos sexuais e direitos reprodutivos são entendidos como direitos humanos e vinculam-se à ideia da liberdade de exercer saudavelmente sua sexualidade e poder usar métodos contraceptivos que garantam não apenas o planejamento reprodutivo, mas também a plena saúde reprodutiva e sexual das pessoas.

Transnacionalismo e políticas públicas

No início dos anos 2000, o uso da noção de transnacionalismo no campo de estudo dos movimentos sociais era um dos desafios a serem enfrentados pelas pesquisas sobre ação coletiva (ALONSO, 2009; ALONSO, COSTA e MACIEL 2007). Entre os problemas colocados, destacavam-se a dificuldade de definição do conceito, a falta de trabalhos empíricos no assunto e a ênfase no papel do Estado em contraponto às articulações dos movimentos organizados da sociedade civil. Atualmente, há maior acúmulo e esforços no sentido de problematizar o papel das dinâmicas internacionais em diferentes espaços nacionais. Diante disso, o problema que se coloca é de outra natureza: o de entender como o transnacionalismo afeta as dinâmicas nacionais para além da mobilização da sociedade civil, no encontro entre a sociedade civil, o Estado e outros atores políticos transnacionais, como agências intergovernamentais. Nossa proposta ao pensar o transnacionalismo e as políticas públicas é entender o papel desempenhado por discursos e ferramentas transnacionais na capacidade de atuação de atores políticos interessados nas políticas de saúde para as mulheres.

Como conceito formal o debate sobre transnacionalismo vem responder às provocações e limitações do conceito de sociedade civil global, proposto por Mary Kaldor (2003). Os teóricos da teoria de processo político (TPP)² do estudo de movimentos sociais destacam que, ao contrário do que defendia Kaldor, não havia redução do tamanho do Estado concomitante à atuação mais recorrente da sociedade civil. Sidney Tarrow, ao definir *ativismo transnacional*, busca entender as relações entre as normas nacionais e as internacionais, bem como a interferência das normas internacionais na conformação de políticas nacionais e ressalta a importância dos Estados como atores nas relações internacionais, na busca por resolver os dilemas de cooperação e desconfiança. Tarrow não vincula as ações transnacionais à globalização, uma vez que entende a globalização como um

² Angela Alonso (2009) divide o campo de estudos em três correntes: a teoria dos recursos materiais (TMR), a teoria dos novos movimentos sociais (TNMS) e a teoria do processo político (TPP). A teoria do processo político (TPP) destaca os condicionamentos históricos e estruturais da mobilização dos movimentos sociais, centrando-se na estrutura de oportunidades políticas disponíveis para a formação e atuação dos movimentos sociais, bem como nos determinantes históricos que sustentam ciclos de protesto, com o destaque para os trabalhos de Doug McAdam, Charles Tilly e Sidney Tarrow.

fenômeno eminentemente econômico enquanto o transnacionalismo pode atuar em múltiplas frentes – de culturais e identitárias a econômicas, como se estas se desenvolvessem de maneira alheia à economia. Além disso, o autor refuta as ideias de enfraquecimento do Estado frente a instituições internacionais e da formação de uma sociedade civil global, uma vez que há diversas coalizões formadas de maneira não-sistemática, meramente conjunturais e, por vezes, baseadas no senso de oportunidade individual de membros das organizações da sociedade civil (Tarrow, 2009).

Segundo Tarrow, a internacionalização (*internationalism*), base do transnacionalismo, engloba uma crescente densidade horizontal das relações entre Estados, representantes de governos e atores não-governamentais; o aumento das relações verticais entre os níveis subnacional, nacional e internacional; e o aprimoramento de estruturas formais e informais, que facilita a formação de redes de atores não-estatais, estatais e internacionais. O autor afirma ainda que a internacionalização tem efeitos ambíguos sobre o ativismo: “conforme aumenta a internacionalização, pode-se esperar produzir tanto novas ameaças quanto novas oportunidades para o ativismo” (TARROW, 2005: 8, tradução livre)³. Na perspectiva da ação coletiva, o transnacionalismo atuaria como mais um elemento na espiral de oportunidades políticas. A espiral de oportunidades políticas é definida como um momento em que a ação coletiva torna-se autossustentada. Durante esse momento de abertura de oportunidades políticas, unem-se as condições que grupos antagonistas se encontram e produzem frames, máster frames e modelos de ação, que geram contínuas formas de mobilização em torno das demandas propostas, que tendem a reforçar o ímpeto inicial de formação e organização da sociedade civil⁴.

Por sua vez, Clifford Bob (2012) dá ênfase ao conflito na formação de redes transnacionais de *advocacy* por meio do foco nas estratégias de atuação de grupos de direita e grupos conservadores. Por meio do estudo destes grupos e de suas estratégias, Bob tem como objetivo demonstrar que a sociedade civil global não é pacífica. Pelo contrário, “é uma arena conflituosa dirigida por diferenças fundamentais que atravessam fronteiras nacionais e internacionais” (BOB, 2012: e-book, tradução livre)⁵ onde não há grupos defendendo apenas ideologias e ideais de igualitarismo e justiça. Bob

³ “As internationalization increases, it can be expected to produce both new threats and new opportunities for activism” (TARROW, 2005: 8).

⁴ Tarrow descreve a espiral de oportunidade política como o momento “Once collective action is launched in part of a system on behalf of one type of goal by a particular group, the encounter between that group and its antagonists provides models of collective action, master frames, and mobilizing structures that produce new opportunities” (TARROW, 2010: 167).

⁵ “It is a contentious arena driven by fundamental differences criss-crossing national and international borders” (BOB, 2012: e-book)

analisa a atuação das redes transnacionais de *advocacy* no processo de formulação de políticas públicas levando a três tipos possíveis de resultados: as políticas zumbis, as não-políticas e as políticas mistas. O conflito que existe de forma disseminada entre as redes de interesses faz que o processo de formulação e implementação de políticas seja dificultado e marcado por tensões, que têm como consequência, em geral, a formação de não-políticas, as quais correspondem à manutenção do *status quo*. O segundo resultado mais comum é a formação de políticas zumbis, políticas que tentam contemplar ambos os lados da contenda e terminam por gerar políticas com resultados conflitantes entre si e pouco efetivos para a sociedade. As políticas mistas seriam o resultado ideal, capaz de gerar uma política pública significativa em que “os enquadramentos ressonantes de uma facção ou os argumentos cogentes convenceriam os membros do governo e amplas audiências” (BOB, 2012, e-book).

Enquanto Sidney Tarrow fornece categorias que permitem analisar o processo de formação de uma agenda internacional comum e da sua incorporação aos discursos das organizações da sociedade civil e às políticas públicas locais, Clifford Bob discute tanto a estrutura da interferência das redes transnacionais quanto os resultados da atuação dessas redes nas políticas públicas locais, o que permite indicar eventuais avanços e/ou retrocessos provocados pelos conflitos existentes nas inter-relações dos atores estatais, não-estatais e internacionais e nas políticas domésticas. No entanto, esses autores trabalham em uma chave em que as hierarquias são rígidas, como se o transnacional se impusesse de dentro para fora, o que reforça a tendência de observação apenas das instituições e foge à capacidade de perceber como os discursos em torno dos temas tratados em nível internacional são influenciados de diferentes locais (internacional, nacional, regional e localmente) e por diferentes atores (Estado, agências e organismos interestatais, grupos organizados das sociedades civis).

Na perspectiva feminista, há quatro críticas mais acentuadas à abordagem de transnacionalismo da TPP, a que pertencem Tarrow e Bob. Nessa chave, o transnacionalismo é concomitantemente construído global, regional e localmente. Afetando e sendo afetado ao mesmo tempo pela participação de Estados, governos, organizações intergovernamentais e grupos diversos da sociedade civil.

A primeira crítica que ressaltamos, foi elaborada por Elizabeth Friedman (1999), propõe a observação dos efeitos do transnacionalismo nas políticas locais e na forma de organização dos grupos de mulheres localmente, usando o conceito de *transnacionalismo reverso*:

“A consideração dos efeitos do transnacionalismo reverso, ou como a organização transnacional afeta os contextos nacionais, revela que as condições domésticas se combinam

com oportunidades globais em formas que podem ser prejudiciais ou benéficas para os movimentos nacionais de mulheres” (FRIEDMAN, 1999: 358 tradução livre)⁶.

Friedman problematiza o papel benéfico dos encontros transnacionais promovidos pelas Nações Unidas para a mobilização de mulheres na América Latina (Keck and Sikkink, 1998). Ela faz isso por meio da observação dos efeitos da preparação das feministas venezuelanas para duas conferências da ONU sobre mulheres: a Conferência de Nairóbi, de 1985, e a Conferência de Beijing, de 1995. O trabalho de Friedman conversa com o trabalho de Sonia Alvarez em relação à preparação para as conferências da ONU no movimento feminista no Brasil (1998). O foco de Friedman é ressaltar que as consequências do transnacionalismo são específicas para os movimentos de mulheres a depender de três elementos: o grau de desenvolvimento dos movimentos sociais; as fontes de financiamento recebido; e a ideologia do governo nacional. A autora apresenta uma nova perspectiva na medida em que problematiza o papel que os encontros transnacionais têm para os movimentos feministas venezuelanos e para outros movimentos em países subdesenvolvidos, mas naturaliza a relação entre o Estado e os movimentos de mulheres e feministas com uma visão de separação entre os dois, o que está longe de ser o caso em países da América Latina (HTUN, 2010).

A segunda crítica ressalta que a definição de transnacionalismo adotada pela TPP não problematiza os processos de tradução dos discursos transnacionais que é feita por diferentes atores em localidades específicas. Os trabalhos da TPP tendem a usar o conceito de enquadramento ou frame. Os *frames* atuam na definição do objeto e ressaltam a desnaturalização da vida social e viabilizam a persuasão de outros indivíduos da causa defendida pelos movimentos organizados (GAMSON, 1992; TARROW, 2011). Os frames servem aos movimentos para simplificar sua atuação e, em última instância, atuam no processo de legitimação dos movimentos sociais, interferindo na dinâmica política em que eles atuam. Por um lado, os frames atuam na definição do objeto e ressaltam a desnaturalização da vida social, apontando as causas para a mobilização política e proposta de mudanças. Por outro, esses enquadramentos viabilizam a persuasão de outros indivíduos da causa que representam. Benford e Snow (2000) apontam que os principais elementos do processo de formação de *frames* (*framing*) são a agência (atuação dos movimentos sociais ou de outros tipos de grupos de ação coletiva) e o conflito (disputas entre modelos interpretativos sobre dada realidade, que podem ser entre a interpretação antiga e uma nova, ou entre duas novas alternativas em disputa para se firmar).

6 “Consideration of the effects of ‘transnationalism reversed’, or how transnational organizing affects national contexts, reveals that domestic conditions combine with global opportunities in ways that may be detrimental as well as productive for national women’s movements” (FRIEDMAN, 1999: 358).

Alvarez et al. (2013) e Alvarez (2014) apontam que os debates transnacionais não são apropriados *ipsis litteris* em contextos nacionais e locais, sendo traduzidos em termos e conceitos mais facilmente reconhecíveis pelas pessoas que os utilizam, de acordo com elementos sócio-históricos de onde os discursos são acionados.

“As pessoas que se identificam com um determinado campo articulam e disputam as representações e os significados para e entre si, e não só os “enquadram estrategicamente” (através de “framing processes”), para transformá-los em “demandas” que possam ter maior “ressonância” como o “sistema político”, como alegaria a teoria de processo político sobre o movimentos sociais” (ALVAREZ, 2014: 19).

No processo de tradução, os discursos são apropriados de diferentes formas, por diferentes atores, como aconteceu na América Latina durante os anos 1990 em que as tentativas de transversalização de gênero pelo Estado levaram a um uso politicamente esvaziado do conceito, servindo mais para desmobilização da sociedade civil do que efetivamente para iniciativas de promoção da equidade de gênero (ALVAREZ, 1998). Assim, em vez de buscarmos enquadramentos (frames) perenes, o que propomos é que se entenda a mobilização de discursos transnacionais como um processo de apropriação de debates que acontecem com atores políticos localizados em diferentes lugares seja no sistema internacional ou regional, seja na organização política nacional ou local.

A terceira crítica diz respeito à falta de atenção dada pelos teóricos da TPP às disparidades de poder entre atores centrais e marginais no cenário transnacional (posições que normalmente são correspondentes a ser do Norte ou do Sul global) na determinação dos frames e na diferença de mobilidade entre frames formulados no Norte e no Sul. Como tendem a destacar a horizontalidade das relações, os autores não problematizam como os debates são conduzidos e quais as visões tendem a prevalecer nos debates e definições de políticas transnacionais e locais. Millie Thayer aponta que “os discursos não se movimentam tão facilmente do Sul para o Norte, com eles fazem ao contrário” (THAYER, 2010: 31), ressaltando-se a importância não apenas da capacidade de consolidar discursos no nível transnacional, mas de financiar a disseminação desses discursos para diferentes localidades do globo, o que nos remete às observações de Friedman sobre o papel do transnacionalismo reverso nas dinâmicas transnacionais.

A quarta crítica é levantada pelas feministas negras e pós-coloniais, que destacam a existência de trocas transnacionais mesmo antes de haverem países estabelecidos. Ou seja, mais que considerar as fronteiras oficiais de países, o caráter do transnacional aponta para diferentes hierarquias e formas de poder que se expressam sobretudo por epistemologias únicas de explicar a realidade que terminam por excluir certos sujeitos e grupos das explicações científicas. A ausência desses grupos geraria uma forma de morte, ou epistemicídios, na medida em que suas experiências de conhecer e nominar o real

observável não são tomadas em conta. Assim, as múltiplas origens de um discurso e de pessoas, fazem parte dos vários determinantes sociais de localização das pessoas que precisam ser consideradas na formulação de uma teoria feminista negra.

Segundo Patricia H. Collins (2000), o local de origem, assim como o sexo, o gênero, a raça/cor, a classe e a orientação sexual determinam as experiências de mulheres negras em todo o globo, o que as leva a ter vivências similares e partilhadas em diferentes locais do mundo:

“Em vez de serem feministas brancas de cara preta, os temas centrais do feminismo negro dos EUA se parecem com as questões levantadas por mulheres de ascendência africana em todo os lugares” (COLLINS, 2000: 233, tradução livre)⁷.

O transnacional para o feminismo negro relaciona-se diretamente à prática diaspórica e do questionamento do feminismo branco ocidental. Carole Boyce-Davis (2014) e Chandra Mohanty (1984) ressaltam a importância de se considerar as especificidades das vidas das mulheres em lugares e posições diferentes e analisar as dinâmicas transnacionais com base nas particularidades vividas por cada povo e sociedade. Considerando a definição de interseccionalidade, proposta por Kimberle Crenshaw em 1991, como a sobreposição de subordinações que afetam a inclusão social, a prática transnacional definida por feministas negras ressalta e aproxima-se dessa perspectiva.

Assim, a proposta alternativa para entender os processos transnacionais é abordar a existência de trocas permanentes entre as organizações da sociedade civil que permitem não apenas a formação de discursos coletivos consolidados ao longo de diferentes extensões territoriais, mas que contempla diferenças entre as pessoas e grupos que mobilizam determinados discursos por meio de traduções que respondem às especificidades de como os temas tratados são absorvidos e construídos localmente. Dessa forma, ao abordarmos a noção de transnacionalismo estamos aqui pensando não na reprodução de conteúdos e significados ao redor do globo e em diferentes espaços. Nessa tese utilizaremos a ideia de transnacionalismo em sua dimensão discursiva, por meio da prática e uso de traduções locais de regras internacionais e transnacionais. Tais regras são usadas a depender das características dos grupos que se apropriam dos discursos formulados internacionalmente para a consolidação de políticas públicas de saúde para as mulheres.

Nesse sentido, nossa pesquisa vincula-se à proposta de Cecília MacDowell dos Santos (2010):

“Uma das questões que se coloca à investigação feminista é saber se, em que contexto e sob que condições, a absorção/tradução das demandas feministas pelo Estado é mais restrita ou ampla; traidora ou fiel; visibilizadora ou silenciadora de aspectos dos discursos absorvidos e não absorvidos” (SANTOS, 2010: 154).

⁷ Instead of being White feminists in a black-face, the core themes of U.S Black feminism resemble similar issues raised by women of African descent everywhere” (COLLINS, 2000: 233).

Em outras palavras, como há processos múltiplos e simultâneos de construção e tradução de discursos a depender do lugar ocupado por aquelas e aqueles que conseguem influenciar as políticas públicas de saúde para as mulheres, é fundamental observar como e quais discursos são mobilizados. Dentro dos encontros e processos transnacionais se desenrolam processos locais, regionais, translocais (ALVAREZ, 2013) e globais. Esses processos e encontros, a depender da forma como os movimentos de mulheres e feministas estão localizados dentro da estrutura do Estado, determinam a forma e a inclusividade das políticas públicas que são desenhadas e implementadas. Em última instância, o transnacionalismo seria uma prática discursiva que envolve múltiplos atores políticos em sua construção e transformação em políticas públicas.

Os movimentos de mulheres e feministas – porque diferenciamos os dois?

A definição das políticas de saúde levou a desdobramentos na pesquisa que fizeram necessária a diferenciação entre organizações do movimento de mulheres e do movimento feminista. Nem todas as organizações mobilizadas em torno de políticas de saúde para as mulheres reconhecem-se como feministas. Algumas, como a Rede pela Humanização pelo Parto e Nascimento (ReHuNa), não são feministas e possuem tensões com organizações que se reconhecem como feministas. Assim como a ReHuNa, organizações de mulheres mães de bebês com deficiência não se reconhecem como feministas. Confrontadas com as divergências sobre a definição e filiação ao movimento feminista, adotamos a definição ampla “movimento de mulheres”, considerando que, ainda que não sejam feministas, os grupos de que vamos tratar nos próximos capítulos são majoritariamente formados e liderados por mulheres.

Maria Gianetti Carneiro (2015) ao analisar as práticas e valores de mulheres que defendem o parto natural perpassa questões similares em relação à maternidade e os feminismos. As mulheres que fizeram parte de sua etnografia, em sua maioria jovens e em busca de partos naturais, em que seus corpos e não o saber médico decidam a melhor forma de parir, tendem a negar-se feministas, na medida em que entendem que o feminismo trouxe dificuldades em, por exemplo, dedicarem-se somente a cuidar de suas crianças. Em relação aos feminismos, a autora pergunta:

“Se o movimento feminista brasileiro esteve orientado às políticas de saúde, ao direito de acesso à saúde, ao exercício da cidadania, à assistência de qualidade e de prevenção de doenças e da mortalidade materna, por que a ele não poderia também ser conjugada uma perspectiva que se disponha a questionar o simbólico da maternidade? Tais tarefas seriam incomunicáveis? (CARNEIRO, 2014: 286).

bell hooks nos ajuda a analisar esse rechaço ao feminismo quando ressalta que “a grande maioria das mulheres que se beneficiaram de qualquer forma de reformas sociais geradas pelo feminismo não querem ser reconhecidas como defensoras do feminismo” (hooks, 2000 [1984]:23, tradução livre⁸). hooks critica a falta de uma definição precisa do termo feminismo e ressalta que a ideia amplamente difundida de que o feminismo visa a igualdade entre homens e mulheres perde a perspectiva de classe e raça ao não problematizar que há homens em diferentes posições na sociedade. Ao mesmo tempo, apesar de reconhecer a importância da ideia de que “o pessoal é político”, a autora defende que essa abordagem só é útil inicialmente, no processo de mobilização política das pessoas, mas é necessário desenvolver uma intervenção mais sistemática na realidade, que supere as experiências individuais e coletivas. Assim, o feminismo não seria uma identidade, nem a construção de uma contra-cultura baseada no compartilhamento de experiências por mulheres.

“O feminismo é uma luta para acabar com a opressão sexista. Em consequência, é necessariamente uma luta para erradicar a ideologia de dominação que permeia a cultura ocidental em diferentes níveis, assim como um compromisso em reorganizar a sociedade para que o auto-desenvolvimento das pessoas possa ter precedência sobre o imperialismo, expansão econômica e desejos materiais” (hooks, 2000[1984]:26, tradução livre⁹).

Sobre a maternidade, hooks ressalta que para as mulheres negras e mulheres brancas da classe operária, a maternidade aparece de maneira diferente, sendo um espaço em que elas exercem autoafirmação. Ela defende uma forma revolucionária de criação de crianças e ressalta que a maternidade e a sua releitura pelas mulheres como algo positivo traz implicações positivas e negativas para os movimentos feministas. Os pontos positivos são, por um lado, que os movimentos feministas precisam falar das mulheres criando outras pessoas, uma área ainda pouco desenvolvida pela teoria feminista; por outro, é que as mulheres que decidem ser mães não precisam deixar de ser feministas. Os pontos negativos envolvem romantizar a maternidade, naturalizar o papel das mulheres como geradoras de vida e de julgar mulheres que decidem não ser mães como perdendo o principal sentido da vida das mulheres. Mais uma vez, hooks ressalta o elemento de classe que permeia a imposição de certos padrões de maternidade, vinculados sobretudo aos aspectos negativos da presença da maternidade nos movimentos feministas:

“De maneira significativa, essa perspectiva [da maternidade como o papel mais importante e recompensador para as mulheres] geralmente é defendida por muitas das mulheres burguesas

⁸ “The great majority of women who have benefited in any way from feminist-generated social reforms do not want to be seen as advocates of feminism” (hooks, 2000[1984]:23).

⁹ “Feminism is a struggle to end sexist oppression. Therefore, it is necessarily a struggle to eradicate the ideology of domination that permeates Western culture on various levels, as well as a commitment to reorganizing society so that the self-development of people can take precedence over imperialism, economic expansion and material desires” (hooks, 2000[1984]:26).

com carreiras bem-sucedidas e que agora estão decidindo ter filhas” (hooks, 2000[1984]: 136, tradução livre¹⁰).

Ozeki Otovo (2016) ressalta o papel político da maternidade na formação de políticas públicas de saúde entre 1850 e 1945 no Brasil. Otovo ressalta que o maternalismo, uma ideologia em que se intersectam “discursos médicos e culturais, políticas públicas e instituições e a construção do Estado de bem-estar social – todos com crianças e mães que criam crianças como centro”, foi usado largamente por autoridades de saúde pública como forma de promover a necessidade de modernizar a nação por meio da formação e proteção das mães. Esse discurso, em larga medida, se fez com base na defesa do branqueamento e da acusação das mulheres negras de serem um dos principais elementos de vínculo ao atraso da sociedade escravocrata pela criação que ofereciam não apenas aos seus filhos, mas às crianças das casas em que trabalhavam.

A proposta de hooks é de uma criação revolucionária, que prime pela liberdade das crianças e da divisão comunitária de responsabilidades com o cuidado. A proposta de hooks engloba tanto a realização de atividades comunitárias que envolvam a formação de laços das crianças para além da família nuclear e permita evitar as relações de opressões estabelecidas nas famílias quanto o reconhecimento da importância da maternidade:

“A maternidade é um trabalho significativo e valoroso que deve ser reconhecido como tal por todas as pessoas na sociedade, incluindo ativistas feministas. Ela deveria receber maior reconhecimento, louvor e celebração num contexto feminista em que há um esforço renovado de pensar a natureza da maternidade; fazer da maternidade nem uma experiência compulsória para as mulheres nem uma exploradora ou opressiva” (hooks, 2000[1984]: 136-7, tradução livre¹¹).

Autoras como Loretta Ross, Cynthia Dew Oka, Alexis Pauline Gumbs, Tara Villalba e Lola Mondragón também propõem uma maternidade revolucionária. A maternidade seria uma forma de resistência de mulheres não-brancas ao capitalismo, ao sexismo e ao racismo. Isso se daria seja pela proposta de novas formas de apoiar as crianças e gerar novas comunidades com valores mais inclusivos (Oka, 2016), seja pela luta pelo respeito à dignidade e aos direitos dessas crianças:

“Para ser a mãe deles, eu aprendi a ser uma guerreira. Eu tive que lutar pelo meu caminho. Por que eu não poderia parir na banheira? Precisei lutar para dar à luz em casa. Eu tomei meu corpo de volta dos estranhos do hospital e prometi dividi-lo apenas com minhas filhas e filhos que viessem. Precisei lutar pelo nome da minha filha. Precisei desistir do meu nome pelo nome do meu filho. Precisei lutar para amamentar em público (...). Eu preciso brigar com os professores que querem colocar minhas crianças somente nas aulas de inglês ou de aprendizes

¹⁰ “Significantly, this perspective is often voiced by many of the white bourgeois women with successful careers who are now choosing to bear children” (hooks, 2000 [1984]:136).

¹¹ “Female parenting is significant and valuable work which must be recognized as such by everyone in society, including feminist activists. It should receive deserved recognition, praise, and celebration within a feminist context where there is renewed effort to rethink the nature of motherhood; to make motherhood neither a compulsory experience for women nor an exploitative or oppressive one” (hooks, 2000[1984]: 136-7).

de inglês, que dizem a elas que a Universidade da Califórnia é demais para elas, que cumprimentam minha filha por ser bonita, exótica, obediente (...). Nós lutamos contra a polícia, para que ela pare de criminalizar nossas crianças e suas colegas de classe. Nós lutamos contra regentes, conselhos escolares, superintendentes, legisladores, governadores, e políticas públicas que ameaçam as chances de educação pública de nossas crianças” (VILLALBA e MONDRAGÓN, 2016: 77, tradução livre¹², grifos nossos).

Nos casos que discutiremos sobre a humanização do parto (Capítulo 2) e do atendimento das crianças nascidas com a síndrome congênita do vírus Zika (Capítulo 3) a luta contra setores da sociedade e contra o Estado também são relatados pelas mulheres. Assim, apesar de não se tratar de feminismo, existe um processo de engajamento e de ativismo frente a um papel tradicionalmente vinculado à vida das mulheres. A atuação política vinculada à maternidade ressalta as determinantes sociopolíticas da relação mãe-crianças e do desempenho desse papel nas sociedades.

Ao iniciar o trabalho de pesquisa, um dos desafios que se colocou era como escolher os movimentos de mulheres a observar. Era evidente que com mais de 40 anos de existência, as organizações dos movimentos de mulheres seriam muitas, muito diferentes entre si e muito espalhadas pelo território nacional. Como o objetivo era analisar a relação entre movimentos e políticas públicas, nossa pesquisa sobre as políticas públicas nos apontou a existência de redes nacionais de articulação das organizações de mulheres. Tendo essa informação, escolhemos três redes de organizações do movimento de mulheres que têm estado envolvidas na formulação de políticas de saúde para as mulheres no Brasil desde os anos 1990. Escolhemos a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS), a ReHuNa e a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB). As três redes têm caráter nacional. Duas delas (RFS e ReHuNa) são dedicadas somente a questões de saúde das mulheres, enquanto a terceira debate múltiplos assuntos em torno de mulheres negras e da população negra. Ao escolhermos as redes pensávamos poder contar com grupos com o potencial de englobar os discursos comumente mobilizados nacionalmente pelas organizações de mulheres, o que nos daria ao menos de maneira genérica uma percepção de discurso nacional articulado em termos de políticas de saúde ou, ao menos, permitiria que fossemos capazes de entender as negociações entre diferentes grupos e discursos dentro das próprias redes. Nossa experiência, no entanto, mostrou que as redes, com exceção da AMNB, já funcionam como

¹² “To be their mother I learned to be a warrior. I had to fight for my way. Why couldn’t I give birth in a tub? Why is that backward? I had to fight to give birth at home. I took back my body from the hospital strangers and promised to share it only with my daughters and sons to come. I had to fight for my daughter’s name. I had to give up my name for my son’s name. I had to fight to breastfeed in public (...). I have to fight their teachers who want to put them in English only or English learner classes, who tell them that the University of California is too high for them to aim for, who compliment my daughter endlessly for being beautiful, exotic, obedient (...). We fight police to stop criminalizing our children and their classmates. We fight Regents, Scholl Boards, Superintendents, Legislators, Governors, and policies that erode our children’s chance for public education” (VILLALBA e MONDRAGÓN, 2016: 77).

grupos quase independentes, com agendas que não se vinculam sistematicamente às organizações que estão formalmente vinculadas a elas e que “justificam” a ideia da existência da rede. Assim, as presidências e secretarias executivas das redes agem com grande discricionariedade na tomada de decisão. Em muitos casos, as organizações vinculadas a elas têm se afastado e buscado construir alianças locais.

Apesar dessa dificuldade, em instâncias de representação das organizações de mulheres e feministas no governo federal – como no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na formulação de publicações conjuntas, como manuais de implementação de políticas – são as redes que são convidadas ou eleitas (no caso do CNS) a representar a sociedade civil. Assim, os vínculos não são completamente cortados e as redes são reconhecidas, tendo o seu papel histórico sempre destacado.

As interseccionalidades permeando a pesquisa

As políticas de saúde, como afirmamos anteriormente, apresentam-se como uma oportunidade ímpar de debater a relação entre discursos transnacionais, Estado e movimentos de mulheres. Assim como outras políticas públicas, observadas desde a institucionalidade de seus desenhos e a pretensa imparcialidade de sua implementação como a Ciência Política costuma analisa-las, há um risco constante de que a questão racial, que permeia o acesso à saúde e enviesa tanto o desenho quanto os resultados das políticas públicas, seja relegada ao esquecimento.

“A falta de utilização da perspectiva étnico-racial na busca por equidade nas políticas e nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade na medida em que dificulta a identificação de disparidades, obstaculiza a assunção de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribui para tornar o campo da saúde produtor e reproduzidor de desigualdades raciais (LOPES, 2005:29).

Sueli Carneiro em *Mulheres em Movimento* (2003) apresenta os principais desafios e os principais elementos da construção do movimento de mulheres negras no Brasil. Ressalta o caráter diferente e inovador que a luta das mulheres negras vem apresentar para cada uma dessas áreas temáticas e ressalta o papel inovador das lutas de saúde para a mobilização das mulheres negras. Nossa proposta de análise coaduna-se em apontar como essa interrelação entre as pautas de saúde e o movimento de mulheres negras. Como veremos nos capítulos que compõem a tese, a raça/cor e a classe das mulheres afeta o seu acesso a métodos contraceptivos e à esterilização (Capítulo 1), ao

reconhecimento do direito de parir de forma humanizada e de não morrer durante o parto (Capítulo 2) e à defesa contra epidemias com efeitos de longo prazo nas famílias¹³ (Capítulo 3).

A observação da combinação de diversas posicionalidades sociais ocupadas por pessoas de acordo com seu sexo, raça/cor, classe, orientação sexual, local de origem e as opressões vinculadas a essa posição tem sido debatida de maneira sistemática por ativistas do movimento de mulheres negras¹⁴ e por pesquisadoras não-brancas¹⁵ desde pelo menos a década de 1980. A partir do final da década de 1980, com o trabalho da advogada estadunidense Kimberle Crenshaw sobre as falhas de julgamento de casos trabalhistas de mulheres negras, o conceito de interseccionalidades tem sido amplamente discutido em diferentes campos das ciências humanas e dos movimentos sociais. Esse conceito ganhou ainda mais destaque a partir da Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, ocorrida em 2001, em Durban, dentro do debate sobre intolerâncias correlatas ao racismo.

A abordagem interseccional pode ser resumida como a ocupação de posições subordinadas na sociedade pela sobreposição em uma mesma pessoa de diferentes identidades marginais. Crenshaw diferencia duas formas amplas em que a prática de discriminação ocorre sistematicamente para quaisquer mulheres racialmente marginalizada: abordagem superinclusivas e subinclusiva. “Nas abordagens subinclusivas da discriminação, a diferença torna invisível um conjunto de problemas; enquanto que, em abordagens superinclusivas, a própria diferença é invisível. (CRENSHAW, 2012: 176). No caso das políticas de saúde o que tende a acontecer são políticas de subinclusão, em que por não abordarem as especificidades das mulheres atendidas, terminam por não serem capazes de atender as particularidades e maiores vulnerabilidades de mulheres submetidas a diferentes indeitdades. Creshaw cita como exemplo o caso dos processos de esterilização forçada de mulheres negras nos anos 1950 como exemplo de subinclusao: a proposta de promoção de políticas de planejamento familiar é importante para as mulheres, mas ao não se debater a necessidade e a forma como os corpos de mulheres diferentes são tratados pela ciência médica, você deixa de atender as especificidades da saúde das mulhees negras, que se tornam invisíveis.

¹³ Nos cuidados de saúde oferecidos às crianças com a Síndrome Congênita do vírus ou com microcefalia, pudemos acompanhar no trabalho de campo um conflito entre prodiissionais de saúde e as mães das crianças. Em larga medida, as mulheres mães de bebês “da epidemia” são constantemente julgadas pelas profissionais como incapazes de entender a doença das crianças, de entender os prognósticos negativos, de serem mulheres buscando vidas fáceis por meio do acesso aos benefícios de assistência social. Infelizmente, não seremos capazes de realizar essa análise com maior profundidade nesta tese em razão de não termos feito entrevistas suficientes com profissionais de saúde e com mães especificamente em relação ao atendimento que recebem das profissionais e como vêem a relação entre elas. A continuidade dessa pesquisa, como é nosso desejo, permitirá problematizar essa tensão entre esses dois grupos de mulheres.

¹⁴ Destaco, entre outras: Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Edna Roland, Jurema Werneck, Luiza Bairros.

¹⁵ Destaco, entre outras: Gayatri Spivak, Chandra Mohanty, Gloria Anzaldúa.

“A discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação. Por ser tão comum, a ponto de parecer um fato da vida, natural ou pelo menos imutável, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível. O efeito disso é que somente o aspecto mais imediato da discriminação é percebido, enquanto que a estrutura que coloca as mulheres na posição de ‘receber’ tal subordinação permanece obscurecida. Como resultado, a discriminação em questão poderia ser vista simplesmente como sexista (se existir uma estrutura racial como pano de fundo) ou racista (se existir uma estrutura de gênero como pano de fundo). Para apreender a discriminação como um problema interseccional, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, teriam de ser colocadas em primeiro plano, como fatores que contribuem para a produção da subordinação” (CRENSHAW, 2012: 176).

Dorothy Roberts em *Killing the black body* (1997) ressalta o processo de eliminação sistemática da população negra e o controle do corpo das mulheres negras nos Estados Unidos desde o período escravocrata até as políticas recentes de encarceramento e da guerra contra as drogas. Inicialmente as mulheres negras escravizadas eram utilizadas como amas de leite e como reprodutoras dos plantéis de pessoas escravizadas, seja por meio de estupro por parte dos senhores, seja por parte de homens negros. Esta dinâmica, autorizada legalmente e baseada no racismo, “criava a possibilidade de donos de escravos possuírem controle reprodutivo irrestrito” (ROBERTS, 1997: 23, livre tradução). A ordem social baseava-se na desumanização de africanas e africanos e no controle dos corpos e da reprodução das mulheres negras.

Fazemos a leitura das interseccionalidades tanto por meio do debate dos diferenciais de acesso à saúde, estabelecendo um debate com trabalhos com esse foco específico e que tendem ressaltar a prática comum do racismo institucional, quanto pelos destaques feitos por ativistas do movimento de mulheres, sobretudo o de mulheres negras, quanto a práticas discriminatórias no SUS. Entendemos também, como discutimos anteriormente nesta Introdução, que a noção de interseccionalidades tem ampla relação com a noção de transnacionalidade na medida em que as intersecções da posição social representam um processo de tradução em diferentes níveis.

Metodologia, métodos e técnicas de pesquisa

“A pesquisa ativista nos lembra que toda pesquisa é inerentemente política. Mesmo, e talvez especialmente, a pesquisa apresentada sob o disfarce de ‘objetividade’, que nada mais é do que uma defesa velada do status quo” (SANFORD, Victoria apud CRAVEN, 2010: 15, tradução livre)¹⁶.

A coleta de dados desta pesquisa utilizou diferentes métodos qualitativos: pesquisa documental e de arquivos, realização de entrevistas e observação participante.

A pesquisa de documentos e arquivos fez-se necessária pelo caráter de recuperação de uma narrativa histórica em torno da construção das políticas e dos grupos e organizações de mulheres em torno das disputas por discursos e pelo formato das políticas adotadas. Assim, coletamos dados em diferentes bibliotecas e arquivos do poder público, como o Arquivo do Itamaraty; a biblioteca do Ministério da Saúde e os registros legislativos sobre comissões parlamentares de inquérito. As publicações e registros das organizações dos movimentos de mulheres. De maneira breve, foi-nos possível pesquisar o Arquivo Nacional dos Estados Unidos, em Washington-DC. Apesar da brevidade do acesso ao acervo, conseguimos material que será apresentado no Capítulo 1.

No que tange às entrevistas, foram realizadas 40 entrevistas, com ativistas, representantes do Estado e de organizações intergovernamentais. As entrevistas não seguiram um modelo único e eram semi-estruturadas, havendo bastante liberdade das entrevistadas para conduzir as conversas que estabelecíamos em torno das interpretações sobre fatos e debates para o avanço dos temas e discursos em torno da saúde das mulheres.

A observação participante foi a fase final da pesquisa, em que pude acompanhar particularmente a atuação de grupos de mulheres de Pernambuco em torno da campanha pelos direitos reprodutivos no contexto da epidemia do vírus da Zika.

Políticas de saúde para as mulheres – 1980 a 2016

A relação entre o movimento de mulheres e o feminista com o Estado faz parte de uma característica da vida política da América Latina. Como ressaltou Mala Htun (2003) ao analisar a mudança de políticas entre ditaduras e democracias em relação ao aborto, divórcio e família, a relação entre os movimentos de mulheres e o Estado tem natureza particular quando se comparada aos países

¹⁶ “Activist scholarship reminds us all that research is inherently political— even, and perhaps especially, that scholarship presented under the guise of ‘objectivity,’ which is no more than a veiled defense of the status quo.” (SANFORD, Victoria apud CRAVEN, 2010: 15).

do Norte Global. Esta peculiaridade, em larga medida, deve-se ao caráter cooperativo e nem sempre conflituoso entre Estado e os movimentos organizados da sociedade civil. Nossa proposta de estudo de políticas públicas visa a entender como essa relação Estado e movimentos sociais modifica as propostas e os discursos em torno das políticas e da organização dos movimentos de mulheres.

As políticas de saúde são um campo particularmente profícuo para compreender a relação entre os movimentos de mulheres e o Estado. Em primeiro lugar, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o estabelecimento do direito universal, integral e gratuito à saúde na Constituição de 1988, que abre a possibilidade de acompanhar as políticas desenhadas e adotadas ao longo dos primeiros anos de implementação do SUS. Em segundo lugar, a relação entre a agenda de saúde e o desenvolvimento dos primeiros grupos organizados de mulheres – sejam eles de mulheres negras ou não-negras –, como se o corpo fosse realmente a primeira barreira que as mulheres rompem ao atuar politicamente.

As políticas de saúde para as mulheres são políticas públicas cuja atenção volta-se para as especificidades do atendimento necessário dadas as diferenças fisiológicas entre homens e mulheres¹⁷, com ênfase ao atendimento das especificidades das mulheres. No Brasil, consideramos que as políticas de saúde para as mulheres no quartel final do século XX podem ser classificadas em dois paradigmas. Primeiramente, de 1975 até 1983, temos o **paradigma da saúde materno-infantil**, cuja ênfase volta-se aos cuidados da mulher gestante e em que “não existe a mulher, só existe ‘barrigão’” (VILELA, 2002:87). Nesse paradigma, dado que o foco são os períodos de gravidez e puerpério e as condições médicas e fisiológicas da mulher nesse período, as determinantes sociais de saúde, assim como outros eventos da vida reprodutiva das mulheres, não são consideradas no desenho da política. Por um lado, não são pensadas as desigualdades de gênero e a divisão sexual do trabalho entre mulheres e homens – o que dificulta, por exemplo, os debates em torno de práticas de anticoncepção e assimetrias no acesso a informações de planejamento reprodutivo. Por outro, as desigualdades de raça e classe entre as mulheres grávidas são invisibilizadas e o ciclo gravídico-puerperal é tratado como um fenômeno natural da vida reprodutiva da mulher, que é vista em abstrato e, portanto, branca, heterossexual com uma família estruturada de acordo com padrões heteronormativos, contando inevitavelmente com um companheiro e/ou provedor presente. Os cartazes de promoção das ações de saúde das mulheres durante os programas incluídos nesse

¹⁷ Nas políticas e programas desenhados até agora a saúde das mulheres e homens transgênero não foi abordada, a não ser em programas de redesignação de sexo. Faz-se necessária a ampliação dessas políticas na medida em que os preconceitos e discriminação que pessoas transgênero enfrentam ao buscar o tratamento na rede de saúde – privada ou pública – tendem a afastá-las e causam morbimortalidade em idade muito jovem.

paradigma são significativos do processo de branqueamento e heteronormatividade pelas políticas, como podemos observar no Quadro 1:

Quadro 1 – Cartazes de promoção de programas do paradigma materno-infantil – 1996 e 2011

<p>Fonte: Arquivos da Biblioteca do Ministério da Saúde.</p>	

Apesar da ênfase na gravidez, dentro desse paradigma também as mulheres que necessitam de apoio para engravidar estão excluídas das políticas, uma vez que os programas não preveem o acesso a tecnologias de fertilização ou de apoio à fertilização. Assim, apesar de focar unicamente no período de gravidez, as políticas nesse paradigma são incapazes de atender mulheres que querem ser mães, mas não estão fisiologicamente prontas para fazê-lo.

A partir de 1983 até o final do século XX, temos a vigência de políticas desenhadas em um novo paradigma: o **paradigma de saúde da mulher**. Nessa abordagem, a ênfase da política de saúde desenhada é a da **integralidade** das ações da política, voltada para as principais causas de morbimortalidade, a não-verticalização e especialização do atendimento, contemplando a abordagem de planejamento familiar, combate ao câncer e às DSTs/Aids. As políticas enquadradas no paradigma de saúde da mulher tendem a debater especificidades socioeconômicas que afetam a vida sexual e reprodutiva das usuárias do sistema de saúde. Por essa razão, as políticas tendem a abordar de forma interseccional a problemática de saúde e doença e possuir diretrizes específicas para tratar de questões de raça e classe social, superando a percepção abstrata da mulher, considerando os fatores que impactam a saúde reprodutiva das mulheres.

Esse também é o paradigma que prevalece do início dos anos 2000 até 2010. Em 2011, com o desenho e implementação do programa Rede Cegonha, retoma-se ao paradigma materno-infantil de atenção à saúde das mulheres, voltado para o controle e redução da mortalidade materna.

O tema da saúde das mulheres é também central nos debates transnacionais em nível intergovernamental. Esses debates têm duas grandes abordagens: a **controlista**, que defende o controle de natalidade, debate que tem início nos anos 1970, juntamente com o desenvolvimento das teses neomalthusianas quanto à insustentabilidade ambiental do crescimento populacional. Essa tese é defendida sobretudo pelos países desenvolvidos, temerosos da falta de recursos naturais em caso de uma ampliação crescente da população dos países em desenvolvimento. Iniciativas como a esterilização e o uso de contraceptivos de longa duração são parte das iniciativas pregadas pelas teses controlistas. A segunda abordagem, elaborada em parte como resposta à culpabilização da pobreza pelos desequilíbrios ambientais e em parte buscando integrar as mulheres ao debate sobre o planejamento reprodutivo, sobretudo nos anos 1990, é a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Esta última, consagrada já na Conferência do Cairo em 1994, prevê a necessidade de que as pessoas possam determinar livremente o número e o intervalo de filhas e filhos e que tenham acesso a informações que as permitam exercer sua sexualidade e planejar suas famílias.

Nessa tese nos concentramos em três momentos das políticas de saúde para as mulheres, e buscamos destacar os fatores e atores internos e internacionais que afetam a construção dessas políticas. O primeiro vai da década de 1970 até os anos 1980 e trata dos debates sobre controle de natalidade e direitos sexuais e reprodutivos, destacando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. O segundo momento é a criação e a reação dos grupos organizados de mulheres ao Programa Rede Cegonha, nos debates entre a promoção da humanização e o alcance dos Objetivos do Milênio. O terceiro momento é a construção discursiva da epidemia internacional do vírus Zika entre 2014 e 2016 e a elaboração de políticas pelo governo brasileiro e ações dos movimentos de mulheres organizados em diferentes frentes dos efeitos da doença.

Nesses três casos, é possível perceber as negociações e as tensões entre atores da sociedade civil, o Estado e agentes transnacionais (sejam agências intergovernamentais, sejam financiadores internacionais) na construção de discursos e de iniciativas em torno da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil. A incorporação de agendas transnacionais por agentes nacionais e locais respeita dinâmicas internas que geram resultados que tanto podem corresponder às demandas mais amplas da sociedade civil, quanto ser adaptados a interesses pontuais e pouco disseminados nos grupos de defesa de direitos reprodutivos, por exemplo.

A presença de representantes da sociedade civil envolvidas na tradução das agendas transnacionais permite a criação de iniciativas vinculadas às demandas desses grupos. No caso do PAISM, como veremos no Capítulo 1, essa tradução se faz por meio da adoção da noção de

integralidade com a promoção de iniciativas governamentais de planejamento reprodutivo, noção que é desafiada nos anos 1990 pela adoção do conceito de direitos sexuais e reprodutivos. Em contraponto, como veremos no Capítulo 2, a Rede Cegonha e a apropriação do debate dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ODMs) pela agenda conservadora eleitoral vinda da eleição de 2010 origina uma política de atenção à saúde da mulher que retoma uma abordagem materno-infantilista e conservadora dos anos 1970, isolando-se dos debates recentes sobre direitos sexuais e reprodutivos. Por sua vez, a atual epidemia do vírus Zika, a tradução local de uma epidemia com potenciais impactos globais, foco da discussão no Capítulo 3, permite espaço para que se desenvolvam discursos em torno da promoção dos direitos reprodutivos das mulheres, fazendo frente ao momento político conservador que desde 2011 tem tentado vincular a saúde reprodutiva à maternidade.

CAPÍTULO 1 – DA INTEGRALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES AOS DIREITOS REPRODUTIVOS: ATIVISMO E DEBATES TRANSNACIONAIS

“[A] contracepção em geral, e a esterilização em particular, devem fazer parte de um Programa de Atenção Integral à Saúde das pessoas que devem ser informadas sobre as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo para a sua saúde. Os métodos contraceptivos não podem ser usados por instituições privadas ou públicas como meio de controle da população” (Geledés, 1991: 19).

“Do exposto até agora, conclui-se que o país esteve mergulhado, nos últimos anos, em programas muito mais próximos de um controle da natalidade do que de um planejamento familiar” (Elza Berquó, 1991: 31).

A saúde das mulheres é um dos temas em que as esferas privada e pública encontram-se de maneira mais marcada nas políticas de saúde. Uma das razões para que isso aconteça é a constante atenção dos Estados à capacidade reprodutiva das mulheres via políticas populacionais diretas ou indiretas. As políticas de saúde desenhadas para viabilizar a segurança do exercício da vida reprodutiva não foram desde o princípio – e ainda não são para mulheres não-brancas – voltadas para a consolidação de um ambiente que favorecesse a autonomia decisória das mulheres e proovesse ferramentas/conceitos de planejamento reprodutivo.

Os debates interestatais em torno dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar na história recente foram pautados por uma preocupação com a “sustentabilidade do mundo”, compreendida em termos neomalthusianos, tal como foi apresentada e difundida nas conferências de população da Organização das Nações Unidas (ONU), por países desenvolvidos (HARTMANN, 1995; RIBEIRO, 2002; ALVES, 2006) em 1974 e 1984 principalmente. Uma das principais consequências da difusão dessas ideias, as políticas de controle de natalidade praticadas desde a década de 1970 invertem as causas da miséria e da poluição e os responsáveis pelo crescimento populacional, ao defender a necessidade de que as populações dos países em desenvolvimento reduzissem de maneira significativa suas taxas de fecundidade. Esses argumentos afetavam e afetam sobretudo as mulheres pobres, situadas no chamado Sul Global, aumentando a sua marginalização através de políticas de controle de seus corpos e da sua reprodução (Betsy Hartmann, 1995).

São representativos dos problemas impostos pelo pensamento controlista os excertos que abrem este capítulo, em que ativistas do movimento de mulheres negras de São Paulo – o Geledés – e a demógrafa Elza Berquó reiteram a denúncia da prática de controle de natalidade e dos corpos das mulheres brasileiras seja pelo Estado, seja por organizações privadas. Ainda no início dos anos 1990, dada a prevalência da laqueadura entre as mulheres brasileiras, especialmente se pobres e

nordestinas¹⁸, a pergunta feita por ativistas dos direitos das mulheres e pesquisadoras era se a política de planejamento familiar existente no país era composta de contracepção e planejamento ou de eugenia e controle de natalidade.

Há diferentes abordagens em relação ao planejamento reprodutivo. Historicamente, as feministas lutaram por métodos que permitissem às mulheres escolher e determinar se e quando ser ou não mães. Ao mesmo tempo, cientistas estão em constante busca por métodos de longa duração – como o Norplant e o Depro-Provera –, que reduzam as chances de erro no uso de métodos contraceptivos e garantam a redução do número de nascimentos. As feministas negras, por sua vez, ressaltam que feministas e cientistas não se preocupam sobre as práticas eugênicas que fazem parte das políticas populacionais, de controle de natalidade e de planejamento familiar. Essas políticas usam os corpos de mulheres negras e pobres como teste para remédios novos e não aprovados ou criminalizam a forma de vida dessas mulheres, indicando que não estariam preparadas para exercer responsabilmente a maternidade (ROBERTS, 1997).

Neste capítulo vamos apresentar atores e processos que permearam os debates que se desdobraram nas décadas de 1980 e 1990 no que diz respeito às políticas de saúde para as mulheres. Ressaltaremos a mobilização de discursos, argumentos e atores transnacionais e sua interação com discursos, argumentos e atores nacionais em torno dessa temática, procurando demonstrar como essa mobilização e interação foram importantes na formação de diferentes elementos da política pública de saúde para as mulheres no período. Buscaremos demonstrar como os atores envolvidos no processo de construção de uma política pública mobilizam discursos e ferramentas transnacionais para melhorar suas chances de sucesso na implementação das ações que acreditam mais efetivas e eficazes para os fins que defendem. Neste ponto é importante questionar quem mobiliza e como mobiliza esses discursos e ferramentas transnacionais, dado que isso afeta a forma como os discursos são traduzidos e apropriados.

¹⁸ “A esterilização é um método mais importante no Nordeste que em São Paulo. Em São Paulo o ritmo de expansão da esterilização foi mais rápido entre as mulheres de nível mais baixo de instrução. No Nordeste, o grande fornecedor de esterilizações tem sido o Estado, através de hospitais estaduais e municipais, seguido pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social)” (BARROSO, 1984).

1. Dos debates populacionais aos direitos reprodutivos: a construção transnacional do planejamento reprodutivo

“O último quartel do século XX será lembrado pelo rápido progresso e melhora do status das mulheres ao redor do mundo e à correspondente difusão internacional do feminismo” (West, 1999:177, tradução livre)¹⁹

Desde a sua criação em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) organiza debates sobre temas de interesse global e que impactam o mandato de garantir a paz e a segurança internacionais. Tais debates envolvem chefes de Estados, o alto escalão das burocracias nacionais, especialistas nos assuntos debatidos e, com o processo de abertura da organização a indivíduos e à sociedade civil, grupos organizados das sociedades civis (ONGs, empresas, movimentos sociais). Esses debates tomam, regularmente, a forma de Conferências temáticas, arenas políticas para a construção de diagnósticos globais sobre problemas que afetam o cotidiano das pessoas em seus países: um espaço transnacional por excelência, no sentido de partilhamento de experiências e discursos entre pessoas de diferentes.

Para além da troca de ideias e experiências, as Conferências das Nações Unidas são espaços de criação de consensos internacionais, que são consolidados em documentos que preveem normas, programas e planos de ação para lidar com as questões mais prementes em torno do tema específico que conduz os debates. Por serem normalmente acompanhadas de fóruns de ONGs, os quais tendem a receber um número crescente de ativistas²⁰, as conferências das Nações Unidas são também espaços de construção de redes transnacionais entre ativistas, o que auxilia no processo de fortalecimento dos movimentos e grupos participantes desses eventos, a disseminação dos compromissos firmados pelos Estados nacionais e o avanço dos direitos e políticas públicas a eles vinculados. A importância dos organismos internacionais no desenvolvimento das demandas e das redes feministas e de mulheres é recorrente na literatura. Assim como West na epígrafe desta seção, Keck e Sikkink (1998) defendem que

“a emergência das redes internacionais de mulheres está mais relacionada com o Sistema das Nações Unidas que outras redes. Cronologias do movimento de mulheres são normalmente uma litania das conferências da ONU: México, Copenhague, Nairóbi, Viena, Cairo, Beijing. A onda atual de organização internacional em torno dos assuntos das mulheres ganhou momentum durante o Ano Internacional da Mulher e da Década das Nações Unidas para as

¹⁹ “The last quarter of the twentieth century will be remembered for rapid progress in improving the status of women worldwide and the corresponding international spread of feminism” (WEST, 1999: 177).

²⁰ Tomando como exemplo as Conferências sobre as mulheres, em 1975, o Fórum de ONGs contou com a presença de quarto mil participantes. O Fórum em Nairóbi, 1985, teve 15 mil participantes. Na Quarta Conferência, em Beijing, o Fórum das ONGs em Huaioru, reuniu 47 mil participantes, o maior número de participantes visto até então na ONU.

mulheres (1976-85), o que serviu como catalisador para as redes sobre direitos das mulheres” (KECK E SIKKINK, 1998: 169, tradução livre)²¹.

Carolyn Stephenson (1995), por sua vez, reconhece um processo de co-constituição entre as conferências da ONU para as mulheres e as organizações de mulheres em todo o mundo:

“O Ano Internacional da Mulher e a Década das Nações Unidas para as Mulheres foram criadas pelo movimento internacional de mulheres. Organizações não-governamentais (ONGs), por sua vez, foram, desde o início, uma condição, ainda que não suficiente, necessária, de parte do desenvolvimento de uma agenda para as mulheres nas Nações Unidas. Seria uma perda não focar nas ONGs. Duas gerações distintas de organizações de mulheres contribuíram para esses desdobramentos. O movimento de mulheres, que teve seu início em 1830, possuía, com muita dificuldade, 25 organizações internacionais e não-governamentais de mulheres ao inaugurar sua participação na ONU. E por volta de 1975, por volta de 50 (STEPHENSON, 1995: 135, tradução livre)²².

Assim, organizações novas foram surgindo e propondo novos temas para debate enquanto organizações antigas foram capazes de pressionar pela existência dos eventos nas Nações Unidas. Stephenson ressalta ainda ser importante diferenciar entre o trabalho de organizações transnacionais ou internacionais de mulheres e os movimentos locais e nacionais de mulheres. Ambos tiveram papéis muito diferentes na articulação transnacional em relação às Nações Unidas: enquanto as primeiras puderam fazer parte do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) e participar das conferências da ONU como membros consultivos, sendo classificadas de acordo com diferentes critérios, tais como a sua capacidade de aportar contribuições a este conselho das Nações Unidas e acompanhar as delegações dos países, as últimas participavam unicamente dos fóruns de ONGs paralelos às conferências internacionais. Dessa forma, enquanto as primeiras constituíam uma elite das despossuídas de poder (Elise Boulding, apud Stephenson, 1995: 138), as segundas utilizavam os encontros durante as conferências da ONU para firmarem redes de ativismo.

Sonia Alvarez (2000) questiona a afirmação de Keck e Sikkink quanto a importância das conferências da conformação de um feminismo global. A autora ressalta que na América Latina os

²¹ “The emergence of international women’s networks was more intertwined with the UN system than the other networks. Chronologies of the international women’s movement are largely a litany of UN meetings: Mexico, Copenhagen, Nairobi, Vienna, Cairo, Beijing. The current wave of organizing internationally on women’s issues gained momentum during International Women’s Year and the UN Decade for Women (1976-85), which in turn catalyzed networks around women’s rights” (KECK E SIKKINK, 1998: 169).

²² International Women’s year (IWY) and the United Nations Decade for Women have been, in a sense, both creatures of the international women’s movement. Nongovernmental organizations (NGOs) in turn were a necessary, if not a sufficient, of part of the development of a women’s agenda in the UN from the start. It would be remiss not to focus specifically on NGOs. Two distinct generations of women’s organizations contributed to these developments. The women’s movement that began as early as the 1830s produced, by the start of the UN, roughly twenty-five women’s international nongovernmental organizations; and by IWY in 1975, roughly fifty (STEPHENSON, 1995: 135)

*encuentros feministas regionales*²³ exercem papel mais influente que as conferências das Nações Unidas na consolidação de redes de apoio que ultrapassam as fronteiras nacionais. A construção das redes transnacionais de mulheres na AL vincula-se, em larga medida, aos desafios que organizações de esquerda e direita impõem aos movimentos feministas nesses países. Esses desafios impelem as organizações locais a formar coalizões transnacionais *bottom up*. Alvarez ainda pontua que a dinâmica particular das conferências da ONU, envolvendo Estados e agentes intraestatais, por ter um caráter mais hierárquico e demandar mais recursos de organização que os *Encuentros regionales*, por muito tempo afastou a maioria das feministas da América Latina dessas grandes reuniões, com exceção de Brasil e México. Além de serem espaços de elaboração de marcos de ação e de interpretação dos feminismos latino-americanos, segundo Alvarez et al., os *Encuentros* “são, em si mesmos, espaços entre-fronteiras ou transfronteiriços, que não apenas refletem, mas que também reconfiguram os discursos e as práticas dos movimentos locais, nacionais e regionais” (ALVAREZ et al., 2003: 543). Assim, buscaremos apresentar os debates em torno das políticas de saúde tanto no âmbito dos *Encuentros* quanto das conferências das Nações Unidas.

No que tange especificamente à área de saúde das mulheres, os debates nas conferências da ONU realizadas a partir da década de 1970 tendem a tratar o tema de duas maneiras²⁴: por um lado, o papel reprodutivo das mulheres tende a ser invisibilizado por meio do debate de políticas populacionais, na ótica do debate entre controlistas e natalistas. Esse debate é o que se deu, por exemplo, durante a Conferência de População de Bucareste, em 1974. Por outro, a saúde da mulher é abordada no sentido de promoção de equidade de gênero, conhecimento do corpo e direito de planejamento familiar (HIGER, 1999; GALVÃO, 1999; COSTA, 2000; ALVES, 2001). A Conferência sobre as Mulheres, que aconteceu na Cidade do México, em 1975, é exemplo da construção de debate em torno da autonomia das mulheres no exercício da vida reprodutiva.

²³ Até hoje foram realizados 13 encontros regionais. O primeiro encontro regional feminista aconteceu em 1981, em Bogotá. Depois se seguiram bianualmente em diferentes países da região (STERNBACH et al. 1994). Este ano se realizará o XIV Encuentro Feminista de Latinoamerica y Caribe (EFLAC), em Montevideu, Uruguai. Durante o VII EFLAC, que aconteceu em Cartagena, no Chile, houve a separação entre autônomas e institucionalizadas, sendo criado o Encuentro Feminista Autonomo de Latinoamerica y Caribe. Não trataremos dos debates realizados nos EFALACs, mas destacamos que a comparação e descrição de ambos os encontros seria uma contribuição muito importante para o campo de estudos dos movimentos feministas na América Latina (Disponível em: <https://efalac.wordpress.com/>, acesso 25/5/2017).

²⁴ Os documentos finais aprovados tendem a não conter em si os termos exatos do debate entre natalistas e controlistas, uma vez que desde o início dos debates em termos de controle de natalidade da população de países em desenvolvimento houve resistência dos governos. Assim, há no Parágrafo 43 do Plano de Ação de Bucareste, de 1974, a defesa da melhoria do status das mulheres na sociedade como forma de “reduzir o tamanho da família e [de dar] oportunidade para as mulheres planejarem os nascimentos [enquanto] também ampliam seu status individual perante as sociedades” (tradução livre).

O debate entre controlistas e natalistas (ou desenvolvimentistas) colocou-se com maior destaque após a Conferência sobre o Meio Ambiente, realizada em 1972, em Estocolmo. O foco dos debates realizados destacava a severidade dos desequilíbrios do uso dos recursos naturais e da poluição, ressaltando a necessidade de restringir o nível de desenvolvimento dos países do então Terceiro Mundo. Na Conferência sobre População, ocorrida em Bucareste dois anos mais tarde, a queda das taxas de mortalidade somada à relativa estabilidade das taxas de natalidade nos países periféricos direcionou os debates em torno da necessidade do controle de natalidade das populações pobres dos países do então Terceiro Mundo. Os argumentos defendidos pelos países desenvolvidos giravam em torno de reapropriações da teoria malthusiana e estavam voltados para a análise do crescimento industrial em contraponto ao crescimento populacional. Do ponto de vista da saúde da mulher, esse tipo de argumento é prejudicial porque, como aponta Betsy Hartmann,

“Quando o principal objetivo dos programas de planejamento familiar é reduzir o crescimento populacional, em vez de expandir a liberdade de indivíduos decidirem se e quando terem crianças, os resultados em geral são prejudiciais à saúde e ao bem-estar das mulheres ao mesmo tempo em que são ineficientes mesmo em reduzir as taxas de natalidade colocadas como objetivos dos ditos programas” (HARTMANN, 1995: xix-xx, tradução livre²⁵).

O documento *Os limites do crescimento*, publicado em 1972 pelo Clube de Roma, defendia a necessidade de controle do crescimento da população dos países pobres como forma de evitar o desequilíbrio entre o crescimento industrial e o crescimento populacional²⁶ (RIBEIRO, 2005: 76-77). Por sua vez, os países então identificados como do Terceiro Mundo, apoiados pela Igreja Católica e com destaque para a liderança indiana, defendiam uma postura desenvolvimentista em contraponto à ideia de controle de natalidade, segundo a qual seria necessário garantir o desenvolvimento para que as pessoas sentissem a necessidade de reduzir o tamanho de suas famílias, enquanto usufruíam de melhor qualidade de vida. José Eustáquio Alves resume da seguinte maneira os debates que se deram durante a década de 1970 e o seus resultados parciais:

“No contexto da Guerra Fria, os países capitalistas mais ricos, capitaneados pelos Estados Unidos, defendiam a concepção neomalthusiana de reduzir a fecundidade para promover o desenvolvimento e a erradicação da pobreza. Mas a União Soviética e os países do Terceiro Mundo, liderados pela China e pela Índia, defendiam a prioridade do fortalecimento das políticas de apoio ao desenvolvimento em contraposição ao controle da natalidade e ao

²⁵ “When the overriding goal of family planning programs is to reduce population growth, rather than to expand the freedom of individuals to decide whether and when to have children, the results are often detrimental to women’s health and well-being, and ineffective even in terms of the stated goal of lowering birth rates” (HARTMANN, 1995: xix-xx).

²⁶ Elizabeth Soto (1990) e Elizabeth Hartmann (1995) defendem que a defesa do controle de natalidade feita pelo governo dos EUA tinha como principal objetivo evitar capacidade de resistência dos países do Terceiro Mundo e garantir acesso a metais estratégicos em países como o Brasil, Nigéria e Bangladesh, em que se previa a troca de ajuda humanitária em troca da aplicação de iniciativas de controle de natalidade.

planejamento familiar. Venceram os segundos, com o bordão símbolo de Bucareste: ‘O desenvolvimento é o melhor contraceptivo’” (ALVES, 2014: 222).

Durante os Encuentros a agenda sobre a saúde das mulheres também era um dos temas debatidos. Marysa Navarro apresenta no registro do I Encuentro Feminista de América Latina y Caribe, de 1981, os principais pontos presentes nas resoluções finais do encontro ocorrido em Bogotá. Navarro destaca também que durante as reuniões da comissão de debate sobre a sexualidade, as mulheres foram ensinadas a usar os espelhos de plástico, prática que veremos mais adiante foi usada por gestoras e feministas para tratar de contracepção e sexualidade no Brasil no âmbito do PAISM e das organizações feministas. Na citação que se segue destacamos as demandas/ bandeiras de luta que se relacionam mais diretamente com a saúde das mulheres e que estão presente no relato de Navarro:

“a maternidade livre e sem perda de emprego, o estabelecimento de creches para as crianças; o acesso livre a preparação e capacitação sem distinção de sexo; a denúncia da jornada dupla, o não-reconhecimento do trabalho doméstico como trabalho; o repúdio à prática implementada pelo atual governo chileno de contrato de 28 dias, a perda da licença maternidade e o aumento das causas de demissão para as mulheres; o apoio às Mães da Praça de Maio na busca por seus filhos desaparecidos; (...) a denúncia do abuso que se exerce contra as mulheres por meio do aborto, do estupro, de espancamentos, da falta de condições materiais nos hospitais para a maternidade” (NAVARRO, 1982, tradução livre²⁷).

Até os anos 1990, os Estados desvincularam as políticas de controle de população das de saúde das mulheres, apesar de serem os corpos das mulheres o principal alvo das iniciativas de controle de natalidade. A indústria farmacêutica e as agências financiadoras promoveram diferentes ações ao redor do mundo como forma de divulgar informações, testar novas drogas e promover a redução da natalidade nos países em desenvolvimento. Hartmann destaca algumas das estratégias usadas pelas agências financiadoras: o pagamento pela realização de esterilizações, o pagamento para a aceitação do uso de novos métodos contraceptivos hormonais de longa duração²⁸, a disseminação parcial de informações sobre os métodos contraceptivos distribuídos, o desrespeito às culturas locais de

²⁷ “la maternidad libre y sin perdida de empleo, el establecimiento de guarderías infantiles; el libre acceso a la preparación y capacitación sin distinción de sexo; la denuncia de la doble jornada, el desconocimiento del trabajo doméstico como trabajo; el repudio de la práctica implantada por el gobierno chileno actual del contrato a 28 días, la pérdida del fuero maternal y el aumento de las causas de despido para la mujer; el apoyo a las madres de la Plaza de Mayo en la búsqueda de su hijos desaparecidos; (...) la denuncia de la violación que se ejerce contra las mujeres a través del aborto, la violación, los golpes, la falta de condiciones materiales en los hospitales para la maternidad” (NAVARRO, 1982).

²⁸ Gisele Israel e Solange Dacach (1993) descrevem como as mulheres de comunidades carentes do Rio de Janeiro eram convidadas a usar o contraceptivo subdérmico Norplant. As autoras relatam que o CPAIMC, centro de pesquisa responsável pelo implante na maioria das mulheres que elas entrevistaram à época, não costumava informar as mulheres que se tratava de droga em período de uso experimental, que não realizava exames de saúde para comprovar a adequação do método para as mulheres que buscavam o Centro, que não acompanhava as mulheres durante o tempo que estavam com os implantes e que se negava a retirar os implantes de mulheres com queixas sobre os efeitos colaterais do medicamento (entre outros: gravidez, enxaquecas, aumento de pressão arterial, depressão, perda de libido, desenvolvimento de nódulos nas mamas e virilhas, insônia). As autoras relatam casos de morte e internação psiquiátrica de algumas das mulheres que participaram do experimento promovido pelo CPAIMC.

contracepção e de planejamento reprodutivo e a constante negociação em torno da pobreza das mulheres e o acesso a bens de sobrevivência condicionados ao uso de métodos contraceptivos²⁹. O debate de controle dos corpos pobres, tem como principal alvo as mulheres e sua capacidade de reprodução. A defesa de políticas ativas para reduzir a fecundidade de alguns grupos de mulheres, remete-nos às críticas feitas por feministas negras (GONZALEZ, 1984; ROBERTS, 1997; WERNECK, 1997 e 2012; COLLINS, 2000; hooks, 2000) sobre o caráter eugênico das políticas populacionais e de controle de natalidade praticadas em diferentes partes do mundo.

Amy Higer aponta que a Conferência do Cairo, em 1994, representa uma virada no tratamento do planejamento familiar e do papel das mulheres:

“ A proeminência das questões das mulheres, em todos os sentidos, foi o legado da Conferência do Cairo. O Programa de Ação do Cairo formulou uma nova definição de políticas populacionais, o que enfatizou o empoderamento das mulheres e reduziu a rationale demográfica. Ele também articulou um conceito amplo de planejamento familiar, que pôs esses programas dentro de um contexto abrangente de serviços de saúde (HIGER, 1999: 123, tradução livre³⁰).

O Programa de Ação do Cairo definiu o uso dos termos *direitos sexuais e saúde sexual e reprodutiva* como bases das políticas populacionais e como um tema de grande relevância na agenda internacional (GALVÃO, 1999). Na Conferência de Beijing, de 1995, o conceito de *direitos sexuais e reprodutivos* foi consagrado pelas Nações Unidas. Essa escolha enfatiza a equidade de gênero no acesso à saúde e a defesa da promoção do empoderamento das mulheres, segundo Galvão. Apesar da maioria da literatura ressaltar os avanços feitos pelos documentos e debates realizados durante as conferências das Nações Unidas dos anos 1990, a comparação entre os termos existentes nos documentos finais das conferências a partir da década de 1970 levanta duas bandeiras vermelhas.

Em primeiro lugar, a redação das declarações da década de 1990 não apresenta mudanças muito significativas na maneira formal em que os Estados propuseram-se a atuar nas políticas

²⁹ “For people who are desperately poor, there is no such thing as free choice. A starving person is much less likely to make an informed decision about sterilization if he or she is offered cash and food as a reward. Thus in practice incentives often have more to do with coercion than with choice” (HARTMANN, 1995: 67). Dorothy Roberts também aponta para o uso coercitivo de métodos contraceptivos de longa duração usado em mulheres usuárias de drogas e em mulheres em situação de prisão ou de rua. Em uma das reuniões que pude acompanhar durante meu trabalho de campo, membro da Secretaria de Saúde de Pernambuco defendeu que “não adianta dar pílulas anticoncepcionais para mulheres jovens em situação de rua, elas vão esquecer” (Olimpio Moraes, no Seminário “Eu quero mais direitos, menos Zika, sede da OAB-PE, 10/10/2016). A sugestão dele era que as profissionais de saúde passassem a sugerir mais constantemente o uso de DIUs ou de injeções hormonais voltadas para essas mulheres em situação de rua. Assim, em diferentes momentos podemos perceber o uso de parâmetros eugênicos para a defesa do controle de natalidade de mulheres pobres e marginalizadas.

³⁰ “The preeminence of women’s issues was, by all accounts, the hallmark of the Cairo conference. Cairo’s World Program of Action formulated a new definition of population policy that emphasized the empowerment of women and downplayed the demographic rationale. It also articulated a broadened concept of family planning that placed such programs within a larger context of comprehensive health services” (HIGER, 1999: 123).

populacionais desde a década de 1970. E, apesar de que apenas em 1994 exista a definição expressa dos direitos sexuais e reprodutivos, desde o Programa de Ação de Bucareste, há expressamente a defesa da liberdade de decisão quanto ao momento de engravidar nas declarações oficiais consensuais de todas as conferências de população realizadas a partir de 1974, como podemos observar no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Comparação entre os termos sobre o planejamento familiar em diferentes documentos das Nações Unidas	
Documento	Citação
Plano de Ação de Bucareste 1974	Princípio (f): “Todos os <u>casais e indivíduos têm o direito básico de decidir livremente o número e o intervalo entre suas filhas e de receber informação e meios para fazê-lo</u> ; a responsabilidade dos casais e indivíduos no exercício desse direito leva em consideração as necessidades das crianças vivas e as que ainda nascerão e suas responsabilidades em relação à comunidade” (ONU, 1975: 7, tradução livre ³¹).
Plano de Ação do Cairo 1994	Princípio 8: “Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os Estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. (...) <u>todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento dos seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer</u> ” (ONU, 1994: 43).
Plano de Ação de Beijing 1995	Parágrafo 95: “Direitos reprodutivos compreendem certos direitos humanos reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outros documentos consensuais. Esses direitos baseiam-se no <u>direito básico de todos os casais e indivíduos de decidirem livre e responsavelmente o número e o intervalo entre suas filhas e de terem a informação e os meios para fazê-lo</u> , e o direito de alcançar os padrões mais elevados em relação à reprodução, livre de discriminação, coerção e violência” (ONU, 1996: 36, tradução livre ³²).
Fonte: Documentos das Conferências. Elaboração: Layla Carvalho	

³¹ All couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information education and means to do so; the responsibility of couples and individuals in the exercise of this right takes into account the needs of their living and future children, and their responsibilities towards community” (ONU, 1975: 7).

³² Reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the basic right of all couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standards concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence” (ONU, 1996:36).

Em segundo lugar, podemos afirmar que a principal mudança ao longo das conferências das Nações Unidas dá-se no nível de pressão feita pelos países desenvolvidos sobre a necessidade de controle de população nos países em desenvolvimento, o que representa uma derrota das teses neomalthusianas no entendimento das políticas populacionais. Assim, no contexto de debates interestatais, ao longo das conferências das Nações Unidas os debates evoluíram da defesa do controle de natalidade à promoção dos direitos reprodutivos e dos direitos humanos das mulheres. O entendimento de que esse processo seria uma evolução positiva é desafiado por algumas analistas. Betsy Hartmann (1995) questiona a capacidade dos direitos das mulheres serem de fato uma forma de se evitar o controle de natalidade. Para Hartmann tais direitos seriam, na prática, uma nova forma de controle de natalidade por meio da promoção de direitos cuja vinculação e formato estão ainda vinculados aos países do Norte Global, assim como estavam previamente as propostas de controle de natalidade. Em larga medida isso se daria porque os métodos tradicionais de planejamento reprodutivo e o uso de corpos humanos para os testes de drogas experimentais ainda seguem sendo os principais métodos utilizados para o planejamento reprodutivo.

No plano regional, durante os encontros da década de 1990³³, a principal reação era ao processo de institucionalização do movimento feminista na América Latina – o processo de onguização – e de participação nas conferências das Nações Unidas. A preocupação estava na oferta das bandeiras de luta dos feminismos aos Estados, o que não necessariamente representava ganhos para as mulheres da América Latina e do Caribe³⁴. Assim, durante os debates formais, durante a década de 1990, o ponto central de debate era a necessidade de afastar qualquer apoio por parte das feministas desses espaços interestatais de cooperação. Em outras palavras, a rede transnacional feminista latino-americana e caribenha questionava a rede transnacional baseada na articulação incentivada pelos Estados nacionais.

A desconfiança parece a marca mais comum dos debates realizados durante as décadas de 1980 e 1990 no que se refere ao controle de natalidade e aos direitos reprodutivos. Os Estados nacionais do Sul não confiavam nas previsões contra si próprios, os Estados do norte precisavam garantir a disponibilidade de matérias-primas para sua população crescente e os movimentos sociais

³³ Em 1993 ocorreu o VI Encuentro, em San Salvador. Em 1996, ocorreu o VII Encuentro, em Cartagena – Chile.

³⁴ Em 1993, o questionamento era quanto à imposição do modelo de organização pela ONU (do formato do evento e da necessidade de eleição de representante), assim com a necessidade de apoio da USAID para a participação das mulheres na Conferência em Beijing. Em 1996, quando se dá o racha, o debate entre institucionalizadas e autônomas tem como uma de suas vertentes o uso oficial de bandeiras feministas por Estados nacionais. Essas informações estão disponíveis no site da XIII Conferência: www.13eflac.org/index.php/cosechando-memorias/6-encuentro-costa-del-sol-el-salvador-1993 Acesso em 25/5/2017.

participavam de reuniões com governos mesmo sem crer que era uma forma eficaz de participação política. Na próxima seção, analisaremos o processo de tradução dos debates internacionais torna-se na construção de políticas públicas, especificamente de políticas para saúde.

2. Do materno-infantilismo à saúde da mulher: Paradigmas de saúde das mulheres, debates sobre explosão populacional no Brasil e a proposta de saúde integral.

“Não se deve impedir a prática da esterilização. No entanto, ela não deve ser feita por entidades privadas, ou por médicos privados. A esterilização demanda uma política acima do poder de decisão de uma entidade privada ou de uma pessoa física. É preciso levar em conta vários fatores. A esterilização envolve certos riscos, pois ninguém pode saber exatamente porque e quem está sendo esterilizado” – Senador Almir Pinto, Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito “destinada a investigar os problemas relacionados ao aumento populacional brasileiro” (1984: 5025, grifos nossos).

Paralelamente aos debates que estavam acontecendo em nível internacional, no Brasil o debate sobre a política populacional e a política de saúde das mulheres também se colocava. Como apontamos na Introdução, na década de 1980 acompanhamos a transição entre dois modelos amplos de abordagem de políticas de saúde para as mulheres: saímos do paradigma de saúde materno-infantil no começo da década ao paradigma de saúde da mulher após 1983. A transição entre esses dois paradigmas é influenciada pelos debates realizados durante a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o aumento populacional, iniciada em 1981, no Senado Federal. A CPI foi convocada em razão da falta de uma política expressa do governo brasileiro voltada para a redução da taxa de natalidade³⁵, de acordo com os compromissos internacionais firmados durante a Conferência de Bucareste, em 1974.

A política de destaque do paradigma de saúde materno-infantil entre os anos 1970 e 1980 foi o Programa Materno-Infantil (PMI). O PMI foi lançado em 1975 e 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).

³⁵ O Plano de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), lançado em 1976, o Programa Nacional de Paternidade Responsável, de 1979, e o Programa de Ações Básicas em Saúde (PREVSAÚDE), em 1980 foram tentativas de implementação de uma política de controle de natalidade. As três iniciativas foram malogradas. Os problemas com os programas foram de resistência da sociedade civil – a Igreja se opôs ao PPGAR (COSTA, 2009; 2015) – e do governo – Ministério da Previdência Social se opôs ao PREVSAÚDE.

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 do território nacional. Havia, no entanto, entraves à adoção de uma postura francamente natalista. Por um lado, os compromissos firmados durante a Conferência de Bucareste (1974), apesar de ter saído vencedora a proposta desenvolvimentista, estabeleciam “um consenso de que o planejamento familiar é um direito dos cidadãos e que cabe ao Estado fornecer os meios adequados para atender as informações e a demanda por métodos contraceptivos seguros e adequados” (ALVES, 2006: 27). Por outro lado, o fim do período do Milagre Econômico, a crise do petróleo e o processo de abertura política levaram a “um afrouxamento da política natalista e uma maior liberdade com o planejamento familiar” (ALVES, 2006: 27). Como forma de responder ao compromisso assumido internacionalmente sem executar diretamente uma política contrária aos anseios natalistas, o governo brasileiro permitiu a atuação de associações privadas financiadas por agências estrangeiras, como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), a Associação Brasileira das Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC).

Essas associações eram financiadas por: Family Planning International Assistance (FPIA)³⁶, United States Agency for International Development (USAID) e International Planned Parenthood Federation (IPPF), entre outras. 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. Em pesquisa no Arquivo Nacional dos Estados Unidos³⁷, foi-nos possível

³⁶ A FPIA era a divisão internacional da Planned Parenthood Federation of America. Trataremos da atuação dela no Brasil, juntamente com os outros atores envolvidos nessa discussão, na seção 2 deste capítulo.

³⁷ Muitos dos documentos existentes sobre a presença dos financiadores de iniciativas de controle de natalidade ou planejamento familiar não foram passíveis de análise porque ainda não haviam sido previamente utilizados e nem

encontrar um relatório com as condições da cooperação entre a FPIA e clínicas do CPAIMC em Belém. O relatório foi produzido por Daniel Weintraub, Chief Operating Officer da FPIA, e conta com relatos sobre o México, Equador e Peru, além do Brasil. Sobre o projeto de Belém/PA, o relator ressalta:

“Este projeto entrou em seu terceiro período de financiamento em 1º de junho de 1982 e está envolvido na provisão de contraceptivos e esterilização de mulheres em uma clínica localizada na Maternidade do Povo. Pela manhã, a sala de espera (muito pequena) estava cheia de mulheres buscando serviços. Isso era especialmente interessante pelo fato de que não havia qualquer placa que anunciasse a disponibilidade dos serviços” (FPIA, 1982: 1, tradução livre³⁸).

A narrativa do relator da FPIA demonstra a falta de serviços de planejamento reprodutivo e a grande procura pelo atendimento junto à clínica do CPAIMC. A existência de propaganda dos serviços era uma preocupação presente em diferentes pontos do relatório, o que demonstra o interesse de que as ações desenvolvidas pelo CPAIMC sob o financiamento da FPIA cheguem até ao público buscado:

“Apesar da falta de placas avisando a disponibilidade de serviços de planejamento familiar, a organização financiada criou técnicas interessantes para atrair candidatas. Mulheres já matriculadas no programa recebem pedaços de papel com o nome e endereço da maternidade e com a explicação de que serviços de planejamento familiar são oferecidos. Elas, por sua vez, distribuem esses pedaços de papel para suas amigas. Legisladores também recebem formulários em branco que podem ser usados para indicar suas eleitoras para o serviço de contracepção, esterilização, etc” (FPIA, 1982:2, tradução livre³⁹).

“O projeto está indo bem, ultrapassando seus objetivos. A equipe está motivada e existem oportunidades para expansão. Autossuficiência, ao menos nas áreas urbanas, é uma possibilidade real” (FPIA, 1982: 3, tradução livre⁴⁰).

As técnicas de divulgação do trabalho das clínicas privadas de planejamento reprodutivo são semelhantes em todo o território nacional. A referência aos legisladores remete-nos ao uso eleitoral

liberados pelos responsáveis do arquivo, apesar de não se tratar de arquivos secretos. Acreditamos que uma pesquisa nesses arquivos possa trazer novas informações e a confirmação de informações a que tivemos acesso durante as entrevistas com as ativistas e que ainda não contam com análises mais sistemáticas. Esse, sem dúvida, será um esforço de pesquisa que pretendo realizar em momento posterior e que indico a quem puder como uma necessidade a ser realizada. Nesses mesmos documentos, há relatos sobre outros países da América Latina. Entre eles, os debates e preocupações do representante da FPIA quanto à forma de condução das clínicas no Peru e a necessidade de que a organização conseguisse desvincular-se rapidamente desses parceiros.

³⁸ “This Project entered its third funding period on 1 June 1982 and is involved in the provision of contraceptives and female sterilization at a clinic located in the Maternidade do Povo. In the morning, the waiting room (rather small) was filled with women seeking services. This was especially of interest in view of the fact that there is no sign advertising the availability of services” (FPIA, 1982: 1).

³⁹ Despite the lack of a sign advertising the availability of family planning services, the grantee has devised some interesting techniques to attract acceptors. Women currently enrolled in the program are given slips of paper, with the name and addresses of the maternity center, and the fact that family planning services are offered. They, in turn distribute these slips to their friends. Legislators also are given xeroxed blank forms they can use to refer their constituents for contraceptive service, sterilization etc” (FPIA, 1982: 2).

⁴⁰ “The project is doing well, surpassing its objectives. The staff is motivated and there are opportunities for expansion. Self-sufficiency, at least in the urban area, is a real possibility” (FPIA, 1982: 3).

das laqueaduras, em que promessas de votos eram pagas com promessas de acesso a laqueaduras. A técnica de propaganda entre as usuárias narrada no relatório era amplamente praticada pelo CPAIMC. Israel e Dacach (1984), em sua pesquisa sobre os testes de Norplant em mulheres cariocas relatam situação semelhante:

“as entrevistadas, em sua maioria, não eram ‘clientes’ das entidades. Souberam do método por amigas, parentes e algumas estavam indo às referidas instituições pela primeira vez. Poucas se recordam dos exames aos quais se submeteram, além do exame preventivo e do exame de sangue (que não sabem especificar). Outras não lembram sequer se fizeram algum” (1993: 84).

Elza Berquó classifica esse processo interpessoal de divulgação das clínicas de laqueadura como uma *cultura de regulação da capacidade reprodutiva* (BERQUÓ, 1994: 24), que combina falta de programas públicos de planejamento reprodutivo com dificuldades para adquirir métodos contraceptivos diferentes e a criminalização da laqueadura⁴¹ e cria uma cumplicidade entre mulheres e médicos: “sendo a laqueadura ainda proibida pela legislação vigente, os gineco-obstetras realizam a cirurgia durante uma cesárea” (Id. Ibidem). Diferentes entrevistadas fizeram a relação entre a disseminação da esterilização como método contraceptivo e o que se costuma chamar de “epidemia de cesáreas” no Brasil⁴².

Assim como a divulgação usa técnicas disseminadas em todo o país, a prática de realizar procedimentos de esterilização ou de indicação de anticoncepcionais para mulheres cujo histórico de saúde se desconhecia ou se ignorava era também comum. Assim como o excerto anterior ressalta a falta de exames, o relatório da FPIA apresenta a forma como eram estabelecidos os critérios para definir a elegibilidade das mulheres que buscavam esterilização:

“Um sistema de pontos é usado para determinar se uma mulher cumpre os critérios para esterilização. Os quatro componentes incluem idade, parição, status econômico e social. Quando a idade é multiplicada pelo número de filhas/os vivas/os, a mulher precisa alcançar 75 pontos ou mais. Se ela não alcançar, ainda que ela possa pagar, ela é enviada para outro lugar para ‘evitar problemas’” (FPIA, 1982: 3, tradução livre⁴³).

⁴¹ O Código Penal de 1940, em seu art. 129, parágrafo 1º, item 3 previa: “ofender a integridade corporal à saúde de outro, debilidade permanente de membro, sentidos ou função”.

⁴² A epidemia de cesáreas refere-se ao uso indiscriminado do procedimento. Dados do Ministério da Saúde de 2014, demonstram que cerca de 70% dos partos no Brasil são feitos por cesárea, sendo essa porcentagem ainda maior na rede privada de saúde. A OMS recomenda um nível entre 10 e 15%, devendo as cesáreas serem realizadas apenas em casos de risco de morte do bebê ou da parturiente. Dentro da epidemia de cesáreas prevalece a percepção de maior segurança e conveniência do agendamento do parto. Os agravos para a saúde de mulheres e recém-nascidas são muitos, aumentando as chances de morte e infecção puerperal.

⁴³ “A point system is used to determine if a woman meets the criteria for sterilization. The four components include age, parity, social and economic status. When age is multiplied by the number of living children, a woman must achieve 75 points or more. If she doesn’t, even if she is able to pay, she is referred elsewhere to ‘avoid problems’” (FPIA, 1982: 3)

O relator, apesar da riqueza de detalhes dos procedimentos adotados na clínica, não menciona o uso de exames físicos e de análise das condições de vida das mulheres para além dos critérios do sistema de pontos e da necessidade da aprovação do cônjuge para a realização do procedimento cirúrgico. Isso denota que talvez as perguntas não fossem feitas e que as clínicas não se prestavam à informação de diferentes métodos contraceptivos de acordo com o perfil de saúde das mulheres que buscavam as clínicas. Interessante também é considerar que uma mulher de 20 anos com quatro filhos, independentemente do seu histórico social e médico e das condições familiares, poderia ser considerada uma candidata apta para o procedimento de esterilização, considerando unicamente o sistema de pontos usado pelo CPAIMC na maternidade em Belém.

Na perspectiva das políticas populacionais e do processo de financiamento e apoio internacional a iniciativas de planejamento familiar destacamos no relato de Weintraub o contato com representantes de outras agências de financiamento, no caso com um representante da USAID:

“Nós também nos encontramos com Sam Taylor (USAID/Brasil). Ele mostrou que pesquisas de prevalência de contracepção foram feitas em nove estados, que possuem 57% da população brasileira. 55% das mulheres casadas atualmente nesses estados usam contracepção. Entretanto, essa porcentagem nos quatro estados desenvolvidos do sul, chegava a 63-64%. Uma regressão feita pelo CDC chegou a uma taxa de natalidade de 32, uma taxa de mortalidade de 10 e uma taxa de crescimento de 2,2%. Existem 37 fabricantes locais de pílulas (cerca de 16 centavos por ciclo). O Brasil é provavelmente o terceiro ou quarto consumidor de pílulas no mundo. (...)”

No que diz respeito à oferta de contraceptivos, o setor privado respondeu muito bem. Isso sem apoio governamental. Os governos dos estados têm poder considerável. O Ministério da Saúde (governo federal) não financia programas; em vez disso, prefere influenciar outros. Apesar de haver algum sucesso, a projeção é que o Brasil terá uma população de 200 milhões de pessoas nos anos 2000. (...)”

A AID não tem programa bilateral de planejamento familiar no Brasil, mas muitas das organizações financiadas por ela possuem programas no país. Um grande salto na oferta de serviços aconteceu com a distribuição comunitária de contraceptivos e a esterilização cirúrgica. 168 médicos foram treinados pela [Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics] JHPIEGO (nos EUA) e outros 100 no Brasil. (...) Os maiores atores internacionais agora no Brasil são Pathfinder, JHPIEGO, [Association for Voluntary Sterilization] AVS e [International Food Relief Partnership] IFRP. (...)”

Nós discutimos várias possibilidades de projeto com o sr. Taylor e concordamos que existem oportunidades reais para expansão futura. Nós também concordamos que nem ele nem nós participamos de nenhum acordo assinando que a Pathfinder seria liderança no Brasil e da FPIA no México. Taylor indicou que programas de vasectomia estão decolando e que o aumento da importação de kits de esterilização e laparoscopia reduziram o alto índice de cesáreas para esterilização” (FPIA, 1982:3, tradução livre⁴⁴, grifos nossos).

⁴⁴ We also met with Sam Taylor, (USAID/Brasil). He indicated that contraceptive prevalence surveys had been carried out in nine states containing 57 percent of Brasil’s population. Fifty-five percent of the currently married women in these states were contracepting, but this figure, in four quite developed states in the south, was as high as 63-64 percent. A regression analysis performed by CDC and CDC estimated a crude birth rate of 32, a death rate of 10 and a growth rate of 2.2 percent. There are 37 makes of locally manufactured pills (about 16 cents a cycle). brasil is probably the third or fourth largest consumer of pills in the world. (...)”

With regard to contraceptive supply, the private sector has responded quite well. This is without government support. The state governments have considerable power. The Ministry of Health (federal government) funds no programs; rather, it

No relato, tópicos interessantes sobre o debate das políticas populacionais são levantados. Por um lado, a observação cuidadosa do governo dos EUA quanto ao crescimento populacional brasileiro é demonstrada via acompanhamento do CDC das perspectivas de taxas de natalidade e crescimento populacional. O tamanho estimado pelo órgão na década de 1970 para a população brasileira nos anos 2000 desaponta os americanos, no entanto. A falta de atuação do governo federal nas políticas de planejamento reprodutivo é relatada como uma brecha na atuação junto a governos estaduais ao mesmo tempo em que leva à inexistência de acordos bilaterais entre Brasil e EUA no que tange a políticas populacionais. A formação de médicos e os horizontes da atuação das fundações em termos de planejamento reprodutivo não deixam de nos causar estranheza.

Assim, durante a década de 1970 e início da década de 1980, 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, juntamente com compromissos internacionais que preveem a existência de uma política de planejamento familiar. Diante da falta de políticas públicas voltadas para o planejamento familiar de acordo com os termos do Plano de Ação de Bucareste, em 1983, o Senado Federal estabelece uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o aumento populacional.

Nas Considerações iniciais da CPI, o relator apontava que o país vivia uma grave crise e que “a ausência de um efetivo Programa de Planejamento Familiar compromete os nossos esforços visando o desenvolvimento” (SENADO, 1984: 5020). O Legislativo, em contraponto às teses defendidas pelo Brasil nas conferências internacionais, vinculava pobreza e crescimento populacional. Nesse sentido, o Executivo foi instado a explicar: a ausência de ações estatais desenhadas especificamente para o planejamento familiar, o aumento da população brasileira, a presença e a atuação de grupos estrangeiros que praticavam ações de controle de natalidade e a prever ações para suspender as práticas irregulares em torno da oferta de cirurgias de esterilização e da oferta de contraceptivos.

attempts to influence others. Despite some success, however, Brasil is projected to have a population of 200 million by the year 2000. (...)

AID has no bilateral family planning program in Brasil but many centrally funded grantees have programs in country. A big jump in delivery of services came about with the introduction of CBD and surgical sterilization. One hundred and sixty-eight physicians were trained by JHPIEGO (in the US) and another 100 in the country. (...) The major current, foreign actors in Brasil are Pathfinder, JHPIEGO, FPIA, AVS and IFRP. (...)

We discussed various projects possibilities with Mr. Taylor and agreed there were some real opportunities for further expansion. We also agreed he nor we had ever been part of any agreement assigning the lead in Brasil to Pathfinder, and the lead in Mexico to FPIA. Taylor indicated that vasectomy programs are at the take off point, and the increase in importation of surgical sterilization kits and laparoscopes has reduced the excessively high rate of caesarians for sterilization purposes” (FPIA, 1982: 3).

É durante uma das sessões da CPI da explosão demográfica que o Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como forma de resposta à pressão da sociedade civil e dos parlamentares. Entre os argumentos de seu pronunciamento, destacamos:

“A ação do Ministério da Saúde deve incidir sobre a mulher em todas as suas necessidades. O planejamento familiar aí se insere, sendo fundamentado em motivos de ordem médica e de oportunidade de acesso às informações e aos meios contraceptivos pela população. É esse o conceito de saúde integral preconizado pelo meu Ministério: as ações de saúde dirigidas globalmente ao atendimento de todas as necessidades do grupo populacional, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com o sistema de saúde seja utilizado em benefício da proteção integral da sua saúde. Por esses motivos, não é recomendável qualquer serviço que desenvolva exclusivamente atividades de planejamento familiar.

Essa postura está em consonância com os princípios declarados pelo Governo Brasileiro, em agosto de 1974, no Congresso Mundial de População, em Bucarest[e], que atribuiu ao Estado ‘proporcionar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias, oferecer serviços adequados e adotar medidas necessárias para a redução da mortalidade geral, especialmente infantil. (...)’

Ao planejamento familiar deve ser atribuído o ‘lugar adequado’ no contexto das ações de saúde, ou seja, não deve ser supervalorizado enquanto solução dos problemas sociais e econômicos e nem subestimado no referente à sua real necessidade no âmbito da saúde, especialmente da saúde da mulher” (BRASIL, 1983).

O PAISM inaugura o segundo paradigma de abordagem das políticas de saúde ao tratar da saúde integral da mulher e não mais da saúde materno-infantil. Ele está dividido em três subáreas: duas delas estão voltadas para os cuidados da mãe do conceito, e a outra, à assistência clínico-ginecológica. Nesse ponto, entre suas prioridades está a “orientação sobre planejamento familiar” (BRASIL, 1984: 19). A previsão do planejamento familiar como questão de saúde é uma das principais novidades do PAISM:

“O PAISM teve muita importância porque ele refletiu exatamente essa visão que o planejamento familiar devesse compor um cenário/ elenco de ações de saúde para dar conta da integralidade das demandas. Aliás é muito interessante porque praticamente na prática quem dá sustentação teórica e prática para o conceito que depois é inscrito no SUS como integralidade é o PAISM, é quem chama atenção que a integralidade diz respeito à complexidade e à amplitude das demandas de saúde que as mulheres precisam, que não adianta você atendê-las na hora da gravidez porque a gravidez é efêmera e depois de grávida ela tem outras e outras demandas inclusive no campo da contracepção, controle de doenças, e abordagem em saúde mental, doenças crônicas, pronto-socorro, emergências” (Entrevista Ana Maria Costa, 23/5/2015, grifos nossos).

Nos debates da CPI, destacamos os pontos levantados por Carmem Barroso⁴⁵ durante seu depoimento no que diz respeito às esterilizações e acesso das mulheres aos métodos contraceptivos e

⁴⁵ Carmem Barroso, em 1983, era membro da Fundação Carlos Chagas. Em 1985-6, participou da produção de uma série de estudos sobre a situação das mulheres no Brasil. A coleção foi publicada pelo Conselho da Condição Feminina do estado de São Paulo. Entre 2003 e 2016 ela foi diretora do escritório do IPPF para o Hemisfério Ocidental.

a íntima relação entre a escolha de métodos contraceptivos e a estrutura socioeconômica a que estão submetidas as mulheres:

“O crescimento da esterilização representa realidades muito diferentes para diferentes grupos sociais e muitas vezes os dados não mostram as divisões de classe, de raça e de sexo que estão por trás das estatísticas. Em relação à divisão entre os sexos, ‘as estatísticas falam de casais, mas quando se desce ao detalhe para saber se se trata de esterilização tubária ou vasectomia, o que se suspeitava é confirmado: são as mulheres as esterilizadas’” (BARROSO, 1984: 171, grifos nossos).

“Na última década, o aumento das oportunidades de emprego para mulheres, especialmente nas funções de serviços mais mal pagos, foi experimentado por cada uma, no contexto de uma inflação crescente e de uma incapacidade das famílias de manter seu padrão de vida com o salário apenas de um dos cônjuges. Esta situação inevitavelmente viria afetar as decisões sobre o crescimento da prole, mas as escolhas das mulheres ficam ainda mais restritas por uma série de fatores: por exemplo, a generalizada carência de creches de boa qualidade, a violência dentro da família, atingindo mulheres e crianças” (*Id. Ibidem*: 173, grifos nossos).

“A esterilização é o método de controle da fecundidade mais afastado do ato sexual e, portanto, não tem nenhuma ligação direta com o exercício da sexualidade” (*Id. Ibidem*: 174, grifos nossos).

“A mercantilização da regulação da fecundidade assume formas que refletem os interesses destes grupos [companhias farmacêuticas multinacionais, rede hospitalar privada, medicina de grupo e instituições de planejamento familiar]: uma definição de eficácia em que a garantia de evitar filhos pesa mais do que a saúde e segurança dos usuários, o favorecimento do controle dos profissionais em detrimento da autonomia dos ‘pacientes’, a preferência por métodos de tecnologia sofisticada, mais rentáveis e eficientes. Daí a predominância da pílula e da esterilização” (*Id. Ibidem*: 174-5, grifos nossos).

Em seu depoimento, Carmem Barroso pontua questões relacionadas à sexualidade e às hierarquias sociais baseadas em gênero, raça e classe e sua relação com a saúde das mulheres. Ressalta ainda que a decisão por esterilização distancia-se da decisão de manutenção de uma vida sexual ativa e saudável e reflete as dificuldades de acesso à informação e a falta de meios materiais para sustentar famílias maiores dada a inexistência de políticas de qualidade para o exercício do cuidado. Barroso levanta discussões que estarão presentes no relatório final da CPI⁴⁶ e que demarcaram as preocupações do movimento de mulheres na formulação de uma política que englobasse não apenas a ideia de gravidez, mas uma compreensão ampla da saúde das mulheres, em larga medida confirmando pontos levantados pelo Ministro de Estado da Saúde em seu depoimento.

O depoimento de Hélio Aguinaga, presidente do CPAIMC, ressaltou a necessidade de adoção de programas exclusivos de planejamento familiar, contrapondo-se ao que defenderam Arcoverde e

⁴⁶ Existe um debate sobre a validade do relatório final produzido pelo Senador Almir Pinto. Sonia do Nascimento (2008) e Mariana Damasco (2009) destacam as acusações de que o texto final da CPI fora produzido pelo representante da BEMFAM, o secretário executivo Walter Rodrigues. Ainda que consideremos que esta informação seja acurada, dado o teor geral do texto, o relatório traz alguns dos pontos elencados na fala de Carmem Barroso, demonstrando que havia alguma permeabilidade para os argumentos trazidos pelas representantes do movimento de mulheres no debate realizado no âmbito da CPI.

Barroso. Sua defesa ao planejamento tinha como objetivo reduzir a mortalidade materno-infantil e melhorar a população em qualidade:

“A falta do componente de planejamento familiar nos programas maternos-infantis já matou mais crianças do que a paralisia infantil e é responsável muitas vezes mais por crianças excepcionais, que essa doença infecciosa jamais produziu. A falta de um complexo de atividade de planejamento familiar nos programas materno-infantis é dolorosa pelos seus resultados e criminosa pela consequência de sua omissão” (Aguinaga In: Senado Federal, Anais, 1985: 4359).

Então, o problema não é da quantidade, o problema é da qualidade. Estamos vivendo cada vez um mundo de tecnologia. Mesmo na questão de segurança nacional sabermos que o número de soldados não representa nada, e sim, a tecnologia. Vemos hoje que o Japão não tem nada, importa tudo e exporta tudo. A única coisa que o Japão tem é japonês; e um japonês com altíssima qualificação” (Aguinaga In: Senado Federal, 1985: 4362).

Sua explanação é recebida com caráter elogioso pelos senadores e a capacidade de o Estado prover serviços de planejamento familiar é constantemente questionada pelo depoente e pelos senadores. Sobre a proposta apresentada pelo Ministro da Saúde, Aguinaga ressalta que ao contemplar iniciativas para além da atenção restrita ao planejamento familiar – como a atenção à saúde da mulher, a prevenção ao câncer – a proposta estaria fadada ao fracasso, tendo em vista a falta de recursos para a implementação das ações. O contraponto entre Arcoverde e Aguinaga/senadores é de grande valia na medida em que o PAISM, defendido pelo Ministro de Estado da Saúde, como veremos mais a frente, havia sido elaborado por técnicas feministas dentro do Ministério da Saúde. Assim, avançava-se uma agenda feminista por meio do discurso de um membro do Executivo frente a um Parlamento refratário à agenda presente na política.

No que tange ao ponto de melhoria da qualidade da população, Aguinaga ecoa opiniões como a do economista Benedito Pio da Silva, responsável pela produção em 1982 do documento *O censo de 1980 no Brasil e no estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações*. Neste documento, o Grupo de Assessoria e Participação (GAP) demonstra preocupação com o crescimento da população negra em São Paulo e buscava “encontrar mecanismos para impedir que a natalidade parda e negra superasse a dos brancos. (...) O principal receio dos membros do GAP dizia respeito a uma possível ascensão dos negros e pardos aos mais importantes cargos políticos do país” (DAMASCO, 2009: 108). Damasco defende que o feminismo negro, cuja formação tinha sido iniciada no final da década de 1970, toma a partir dos anos 1980 os debates sobre a saúde reprodutiva como um ponto central. Em 1986, os debates sobre a qualidade da população, o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), chefiado por Elsimar Coutinho, publica a campanha sobre a necessidade de contracepção usando outdoors com imagens de mulheres e crianças negras mortas com um rótulo que dizia “Defeito de Fabricação”. A campanha do CEPARH foi extremamente

criticada por seu caráter de controle do nascimento de crianças de mães negras⁴⁷. Essa lógica explicita o caráter eugênico da abordagem da prática médica em relação ao planejamento reprodutivo.

Entre os termos presentes do Relatório Final da CPI, ressaltamos o destaque das condições socioeconômicas como determinantes da fecundidade das mulheres: “adianta pouco prover serviços de planejamento familiar, se não se oferecer à população as condições mínimas necessárias para a sobrevivência de sua prole, consubstanciadas em melhores condições de vida” (SENADO FEDERAL, 1984: 5021). Ao mesmo tempo, há uma defesa do uso ostensivo tanto dos métodos contraceptivos de longo prazo e das esterilizações, aproximando a opinião do Senado Federal à forma de atuação proposta por agências responsáveis pelo financiamento de políticas de controle populacional nos países do então *Terceiro Mundo*⁴⁸:

“Nem o diafragma nem o condom apresentam risco por si sós, mas esses dispositivos são menos confiáveis e mais difíceis de serem usados que a pílula ou o DIU. (...) Bastante segura para ambos, homens e mulheres, a contracepção cirúrgica, traz a certeza e a tranquilidade em relação à contracepção. Deve-se evitar, contudo, as indicações indiscriminadas da esterilização, que deve obedecer a um critério que esteja de acordo com o bom-senso e dentro de certos princípios éticos. Os riscos de ligadura tubária são ínfimos, mas é a vasectomia, sem a menor dúvida, o mais seguro dos métodos de contracepção cirúrgica” (Senado Federal, 1984: 5025, grifos nossos).

O relatório da CPI propõe como conclusão dos trabalhos a elaboração de uma política nacional de população e a criação de uma comissão de planejamento familiar. Ao mesmo tempo, propõe a separação entre a política populacional e o Ministério da Saúde, e que “todas as atividades atinentes ao planejamento familiar devem ser desenvolvidas através da assistência materno-infantil, complementando outros serviços que este proporciona” (SENADO FEDERAL, 1984: 5030). As conclusões da CPI não se aproximam em nada das sugestões elaboradas pelo Ministro de Estado de

⁴⁷ Elsimar Coutinho também era extremamente criticado pelo movimento de mulheres da Bahia pelo uso indiscriminado de contraceptivos hormonais de longa duração e a realização de esterilizações compulsórias. Em 1992, Josinela do Frade escreveu um cordel em que falava da atuação de Elsimar Coutinho: “(...)E ainda pra completar/prega que engravidar/ é coisa que deve acabar/ e por isso experimenta/ uma vacina nojenta; que tudo pode mudar, / pois a dita droga impede/ mulher de engravidar.// Imagine que o dito cujo,/ além dessa droga inventar/ montou centro sofisticado/ tipo cacete armado,/ um tal de C’est pas,/ onde ele fica plantado/ esperando muié entrar,/ todas que pensam fazer/ planejamento familiar,/ elas procuram por ele:/ ‘Dr. Es Crotinho está?’// Quando inaugurou a entidade/ de serviço e experimentação,/ botou dentro dela um banco,/ onde em troca de ligação/ - que faz infertilidade - / qualquer muié da cidade/ tinha emprego assegurado/ de carta e papel passado,/ pois o dito Es Crotinho/ adota como critério/ de competência e honestidade/ a tal de infertilidade// (...) Qualquer negócio ele faz,/ de tudo ele é capaz,/ para mulher não ovular/ nem querer engravidar./ Bota Diu, liga trompa,/ implanta hormônio na bunda,/ debaixo da pele do braço,/ faz também operação para macho perder tesão,/ se for este o pagamento/ pra impedir nascimento/ e disso não faz lamento/ toca seu experimento” (Josinela do Frade, apud ISRAEL E DACACH, 1993: 60-1).

⁴⁸ Betsy Hartmann ressalta que a USAID em documento distribuído entre seus operadores nas Filipinas, em 1972, solicitou que as clínicas “desencorajassem as/os usuárias/os de camisinha e encorajassem o uso de DIUs e pílulas. A clínica é avaliada pelo método aceito pelos clientes. Não haverá mais suprimento de camisinhas: convença as/os usuárias/os de camisinhas a mudar para DIUs e pílulas” (WARWICK, apud HARTMANN, 1995:65, tradução livre).

Saúde, deixando explícita a divergência entre as concepções do modelo de política populacional que deveria vigor no país.

2.1. Integralidade da saúde das mulheres: para além da gravidez e do número de filhos

A proposta presente na adoção de uma abordagem integral da saúde da mulher no PAISM visava a oferecer atendimento de saúde para além do ciclo de gravidez e puerpério e ampliar a ideia de um atendimento integral e não verticalizado da saúde pública: “um atendimento compreensivo, onde as necessidades clínicas, ginecológicas e anticoncepção e tudo isso fossem atendidas ao mesmo tempo. E com a ideia de trazer a mensagem de que, primeiro, a mulher precisava ser atendida fora do ciclo da gravidez e do parto” (Oswaldo Grassiotto, entrevista em 16/6/2015). Ana Maria Costa, uma das médicas sanitaristas e técnicas do Ministério da Saúde responsável pela elaboração do PAISM, sublinha que

“O elenco das ações preconizadas pelo PAISM amplia significativamente o que antes era oferecido no atendimento à saúde das mulheres. Os programas tradicionais materno-infantis priorizavam a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério restringindo, portanto, a assistência reprodutiva ao seu aspecto procriativo. A proposta da ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER não só estende a faixa etária de atendimento da adolescência ao pós-climatério, como contempla ações amplas de controle das patologias mais comuns e inclui o planejamento familiar em seus componentes da concepção e anticoncepção” (COSTA, 1992: 8).

Além disso, a caracterização da assistência integral à saúde da mulher contemplava a preocupação com as hierarquias de poder presentes no atendimento de saúde em parte derivadas da “percepção de gênero”. As desigualdades de poder entre pacientes e profissionais de saúde e o exercício do poder por homens sobre os corpos das mulheres levariam a problemas como a violência sofrida por elas nos contextos de atendimento. Dentro das preocupações da implementação do PAISM, também é ressaltada a importância da abordagem da saúde mental e dos aspectos epidemiológicos ligados à saúde da mulher trabalhadora.

Assim, ao invés de separar as mulheres em hospitais e especialidades específicas, a saúde das mulheres seria abordada de maneira completa por hospitais especializados, contemplando uma abordagem não hierárquica e não especializada da saúde pública. Como Ana Maria Costa expõe em sua entrevista, essa mesma noção de integralidade estará presente no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁹ e nos debates promovidos pelo movimento sanitaria para incluí-lo entre os direitos sociais

⁴⁹ O Sistema Único de Saúde é criado em 1988 e está previsto nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e tem como leis regulamentadoras a Lei 8080/1990 e o Decreto 7508/2011. O SUS tem como princípios: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação. Tais princípios e o processo de organização do SUS foram elaborados pelo movimento sanitarista, iniciado em 1976 no Brasil.

na Constituição de 1988. Para ela, o PAISM antecipa um princípio que está na base de funcionamento do SUS:

“O princípio da integralidade é considerado um dos mais importantes do modelo assistencial preconizado para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, pois é o que é capaz de assegurar aos indivíduos e no caso às mulheres, o direito de assistência à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à prevenção, assim como é o que permite a compreensão e a abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade e das coletivas em suas singularidades” (COSTA, 1992: 6).

Ana Maria Costa e Maria da Graça Ohana, respectivamente médica e socióloga, ambas técnicas do Ministério da Saúde, ressaltam a abertura dada a elas por Mozart Abreu e Lima, Secretário Executivo do Ministro Waldyr Arcoverde, para a elaboração do programa. Ambas relatam ter tido liberdade para o desenho da política, podendo inclusive contemplar interesses do movimento feminista que até aquele momento estava difuso e que contava com esforços individuais em diferentes áreas de atuação das mulheres. Assim, a questão da sexualidade perpassa as preocupações das gestoras do Programa:

“Nós, mulheres, tínhamos que colocar na boca do Ministério da Saúde que era possível exercer a sua sexualidade sem necessariamente engravidar. Só que aí não eram as feministas que estavam dizendo, estava no documento do Ministério da Saúde” (Entrevista Maria da Graça Ohana, 23/6/2015).

Ambas destacam algumas das dificuldades que precisaram superar para elaborar o programa. Por um lado, o PAISM é resultado de uma série de negociações da equipe do MS com a CNBB, tendo a equipe sido composta antes mesmo do início dos trabalhos da CPI, com médicos sanitários de Campinas e a equipe de mulheres que se identificava como feminista no trabalho técnico do Ministério, na área de saúde materno-infantil:

“Na época tivemos longas e profundas negociações com a igreja, com a CNBB, com indivíduos da academia, nós estávamos vindo de uma sequência malsucedida de propostas de política pelo Ministério da Saúde que havia envolvido diversos professores acadêmicos de universidades importantes do Brasil e foi o programa de prevenção da gravidez de alto risco e essa memória política estava bastante recente e ela resultou em uma grande frustração por parte dos acadêmicos então essa negociação foi árdua, difícil, delicada, mas nós conseguimos construir um arco de aliança que envolvia setores desse incipiente movimento feminista, a própria Igreja porque nos negociávamos com o setor avançado da Igreja que tinha as posições dogmáticas, mas que também admitiam o nível e a situação do contexto de realidade e com os profissionais: os docentes, as autoridades de campo científico” (Entrevista Ana Maria Costa, 23/5/2015).

“Foi um dos belos planos e a uma das coisas mais interessante nisso é a negociação política, entre mim e Dom Luciano Mendes de Almeida [Arcebispo de Mariana e ex-presidente da CNBB], que na época era o dirigente da CNBB. Quantas vezes nos pusemos, noite a fio, discutindo as razões específicas da Igreja, as razões específicas de atuação técnica do Ministério da Saúde. E chegávamos a consenso de opinião. Muitas vezes, receber a posição

da Igreja de que não faria crítica, está certo? Ele não criticaria aquela ação, apesar de não apoiá-la. E ao mesmo tempo, o Ministério de não fazer, não usar isso como uma crítica à Igreja, à posição da Igreja, à posição dos bispos” (Entrevista Mozart de Abreu e Lima, realizada pela Fiocruz, 07/05/2002).

Por outro lado, o PAISM é caracterizado como “o caminho do meio” entre a prática ostensiva de controlismo, via esterilização e métodos hormonais de longa duração, defendido pelos organismos internacionais, e o uso de controles naturais sugerido por setores conservadores da Igreja. Maria da Graça Ohana relata a presença incômoda de um consultor do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), de quem ela e Ana Costa procuraram se desvincular no processo de elaboração do PAISM:

“ A gente depois [de conversas sobre sexualidade e feminismo] escreveu o PAISM, numa sala ao lado do consultor das Nações Unidas, do Fundo de População, o FUNUAP. E o FUNUAP chegou com esse consultor para dar dinheiro. Eles davam dinheiro para projetos de pesquisa que tinham por objetivo estudar a saúde reprodutiva. E a gente não tinha muita certeza se eles estavam querendo isso mesmo ou se eles eram controlistas. (...) A gente – a Ana e eu – achava que ele deve ter ficado furioso quando ele viu o programa pronto para ser lançado pelo Ministro Arcoverde e ele não botou a mão” (Entrevista Maria da Graça Ohana, 23/6/2015).

Apesar da auto-identificação de Ana Costa e de Graça Ohana como feministas, inicialmente, o PAISM foi criticado pelos movimentos feministas por ter sido entendido como um programa dotado de caráter controlista. Sonia Alvarez (1990) descreve as tensões entre o governo de Figueiredo e os grupos feministas que atuaram para evitar que o planejamento familiar fosse promovido sem a devida orientação quanto aos métodos contraceptivos disponíveis, buscando evitar a lógica controlista prevalente, baseada na promoção de métodos contraceptivos irreversíveis, sobretudo entre as mulheres mais pobres. Em documento de 1985, a avaliação do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde sobre o PAISM era a seguinte:

“Não ocorreria a ninguém sugerir que o PAISM é o que as mulheres desejam em termos de política de saúde. Entretanto, o programa, criado pelo governo militar, contém algumas das demandas que as feministas têm feito. Apesar disso, acreditamos que a manipulação burocrática do programa pode resultar em poucos avanços e, por isso, decidimos participar mais ativamente na sua implementação, monitorando e demandando fóruns com organismos institucionais, participando em conferências e outras atividades propostas por esses organismos” (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, apud ALVAREZ, 1990: 193-4, livre tradução⁵⁰).

⁵⁰ “It would occur to no one that the federal Program of Integral Assistance to Women’s Health is what women aspire to in terms of a public health policy. This program, created by the military regime, however, contains some of the demands that feminists have been making. In spite of this, we believe that the bureaucratic manipulation of this program could result in few advances [for women] and for this reason, we have decided to participate more actively in its implementation, monitoring it, demanding forums and debates with institutional organisms, participating in conferences and other activities proposed by these organisms” (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, apud ALVAREZ, 1990: 193-4).

A percepção da necessidade de participar da implementação das ações do PAISM leva à formação de redes de organizações do movimentos de mulheres voltados para o acompanhamento da implementação dessa política, sobretudo a partir dos anos 1990, após o desenho do SUS e a necessidade de sua efetivação como política pública.

“No início do processo de implementação do PAISM, o Ministério da Saúde estabeleceu uma ampla parceria com o movimento de mulheres. Esta parceria ficou expressa na presença de mulheres feministas na elaboração das diretrizes e do material técnico-normativo, educacional e de divulgação do PAISM. Ficou marcada também a presença destas mulheres no processo de gestão, tanto em nível nacional como nos estados e municípios em situações de avanço do processo” (COSTA, 1992: 62).

Aí sim [na implementação e no desenho dos documentos de orientação dos gestores locais], o movimento feminista de São Paulo e do Rio nos ajudou, falando das experiências delas lá, das oficinas que faziam com as mulheres, das oficinas com os espelhos de plástico em que as mulheres poderiam se conhecer, se elas participassem com a ajuda das outras (Entrevista Maria da Graça Ohana, 23/6/2015).

Duas redes importantes para o debate da saúde das mulheres, a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) são criadas no início da década de 1990. A participação de organizações de diferentes estados e interesses nas redes de saúde era fomentar a organização em torno da implementação do PAISM e da consolidação do recém-nascido SUS.

Assim como o processo de desenho, a implementação do PAISM vai passar por diferentes processos de negociação, o que vai afetar sua capacidade de produzir os efeitos vislumbrados inicialmente pela equipe responsável por sua elaboração. Entre os desafios enfrentados pela política destaca-se o conflito entre a manutenção do foco da política na assistência integral ou na adoção dos conceitos de direitos sexuais e reprodutivos, consagrados internacionalmente principalmente a partir das conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995). Trataremos deste debate na próxima seção.

3. Esterilização e direitos reprodutivos no Brasil – os efeitos do transnacionalismo para a integralidade

Em 1986, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que trazia dados sobre a fecundidade e a contracepção no Brasil. Os resultados dessa pesquisa apontavam um crescimento acelerado do número de esterilizações das mulheres brasileiras e um nível elevado no uso de anticoncepcionais hormonais: “45% das mulheres em idade reprodutiva est[avam] esterilizadas” (CONGRESSO NACIONAL, 1993: 10). Além desses fatores, a concentração regional, de classe, de sexo e de raça/cor das pessoas submetidas aos procedimentos de esterilização provocou a mobilização da sociedade civil em torno

de um processo de eugenia e controle de natalidade e dos corpos das mulheres pobres e negras no país. As ativistas negras – entre elas Luiza Bairros – reuniram dados e pediram à deputada federal Benedita da Silva que protocolasse o pedido de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre a esterilização sistemática de mulheres negras (DAMASCO, 2009; DAMASCO et al., 2012). A CPMI foi aberta em novembro de 1991 e instalada em abril de 1992, terminando seus trabalhos em setembro do mesmo ano.

Para as mulheres negras, o debate mais premente em torno de saúde era o problema da esterilização forçada. Nesta questão, as mulheres negras viram-se isoladas dos homens membros do movimento negro, na medida em que

“Ativistas negros viam a esterilização forçada de mulheres negras como prova de uma conspiração para reduzir o tamanho da população negra. A preocupação sobre a esterilização forçada também teve significados diferentes para homens e mulheres dentro do Movimento Negro Unificado (MNU)” (CALDWELL, 2007: 156, tradução livre⁵¹).

“A questão da esterilização feminina era particularmente preocupante para as ativistas do movimento de mulheres negras dado o alto índice de esterilização de mulheres e um consenso generalizado de que as mulheres negras eram alvos de esterilização forçada” (CALDWELL, 2007:159, tradução livre⁵²).

Os debates em torno da esterilização foram tema de publicações de organizações como o Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP), do Rio de Janeiro, e do Geledés, de São Paulo. Em 1990, o CEAP organizou a *Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras*, sob a liderança de Jurema Werneck, com duração de dois anos (DAMASCO, 2009: 115).

O Geledés – Instituto da Mulher Negra “define em 1989 a questão da saúde como uma das suas prioridades” (ROLAND, 1993). Dentro dessa lógica, realizou a publicação dos Cadernos Geledés⁵³, voltados para temas de maior importância para as mulheres negras. No segundo volume dos Cadernos, a publicação foca-se no debate sobre a esterilização. Nele, a proposta é discutir a regulação das laqueaduras. Assim, ao contrário de concordar com a afirmação do movimento negro sobre a prática genocida em torno das esterilizações, o documento propõe a necessidade de regulação como forma de evitar exageros na prática. O destaque é dado para a substituição do PL 1.167/1988 pelo PL 209/1991. O primeiro, do deputado Nelson Seixas previa a completa liberação da

⁵¹ “Black activists saw the forced sterilization of black women as proof of a genocidal conspiracy to decrease the size of the black population. Concern over forced sterilization also took on different significance for men and women within the MNU (CALDWELL, 2007: 156).

⁵² The issue of female sterilization has been of particular concern to activists in the black women’s movement given Brazil’s high rate of female sterilization and a general consensus among activists that black women are targeted for forced sterilization” (CALDWELL, 2007:159).

⁵³ Foram publicados quatro cadernos: Caderno I – Mulher Negra & Saúde (1991), Caderno II – Esterilização: regulamentação ou impunidade (1991), Caderno III – Não à pena de morte (1993); Caderno IV – Mulher negra (1993).

esterilização, sem a criação de critérios além da idade superior a 21 anos. O segundo foi assinado por “Eduardo Jorge (PT/SP), Benedita da Silva (PT/RJ), Jandira Feghali (PcdoB/RJ), Maria Luisa Fontenelle (PSB/CE), Sandra Starling (PT/MG), Luci Choinaski (PT/SC), Socorro Gomes (PcdoB/PA)” (GELEDÉS, 1991: 10). No texto do Caderno II, há respostas institucionais para a defesa da regulamentação da prática das laqueaduras e o entendimento do grupo de quais seriam as situações em que as mulheres deveriam ou poderiam fazer a laqueadura:

“Além das situações em que há condições clínicas que indicam a realização da esterilização pois a gravidez colocaria em risco a vida das mulheres, a esterilização pode ser admitida como um último recurso, quando todos os outros métodos contraceptivos considerados seguros para a saúde da mulher já foram usados corretamente, com a necessária orientação de médicos e outros profissionais de saúde, e a mulher está segura de que mesmo que mudem as suas condições de vida – por exemplo, se mudar de companheiro, se perder os filhos que tem, se melhorar as suas condições econômicas etc. – nunca mais desejará ter filhos. Por isso estabelecer um limite mínimo de idade é importante para uma lei de regulamentação da esterilização” (GELEDÉS, 1991: 18).

O limite mínimo sugerido é de 30 anos de idade no projeto de lei. O limite mínimo aprovado foi de 25 anos, conforme o artigo art. 10, I, da Lei 9263/1996. Em entrevista com Edna Roland⁵⁴ ela expôs as dificuldades de sustentar a ideia de necessidade de regulamentação da laqueadura em contraponto à ideia de genocídio do povo negro e da autonomia do corpo das mulheres:

“Eu não posso – em função dessa posição política geral [de defesa da esterilização como extermínio do povo negro] – achar que a pura e simples proibição, manter a laqueadura na clandestinidade que isso resolve a situação. Porque eu não vou subir no caminhão para dizer isso e fechar os olhos para as mulheres que estão doidinhas atrás de uma solução porque não têm acesso aos métodos contraceptivos, porque elas não conseguem a colaboração dos seus parceiros no uso do contraceptivo. A minha posição foi a posição de regulamentação. Eu defendi essa posição entrando em choque com a posição tradicional do movimento negro e entrando em choque com alguns segmentos do movimento feminista – havia segmentos do movimento feminista que defendiam nenhuma regulamentação” (Entrevista com Edna Roland, 13/4/2017).

É possível perceber nesse período de tempo que estamos acompanhando aqui duas dinâmicas diferentes sobre como os debates sobre saúde das mulheres e planejamento reprodutivo aconteceram no Brasil. Nos anos 1980 o debate sobre a saúde das mulheres referia-se à necessidade de conter a reprodução, em larga medida uma agenda de organizações internacionais interestatais ou vinculadas aos países desenvolvidos interessados no controle populacional. No início dos anos 1990 os problemas percebidos estão no excessivo controle dos corpos das mulheres. Constatou-se que os partos realizados, em geral, eram acompanhados de operações de esterilização – com ou sem o consentimento das parturientes – com base em critérios impostos pela equipe responsável pelo parto.

⁵⁴ Edna Roland participou do Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo, da criação do Geledés – Instituto da Mulher Negra e do Fala Preta! No Geledés, coordenou a área de saúde da mulher. Foi uma das representantes das mulheres negras durante a Conferência de Durban.

Nesse sentido, a autonomia decisória das mulheres quanto a sua capacidade reprodutiva era sistematicamente desrespeitada pelos profissionais do sistema de saúde. A CPMI, entretanto, não concluiu que principais destinatárias da intervenção eram as mulheres pobres, em sua maioria negras. O relatório final problematiza a dificuldade de se tratar das questões raciais em saúde dada a falta de coleta sistemática das informações sobre raça/cor das pessoas atendidas. Diante dos dados apresentados por diferentes depoentes, o Senador Carlos Patrocínio, responsável pelo Relatório da CPMI, em seu texto pontuou que:

“Não há no Brasil uma política de saúde da mulher por parte do Governo Federal;
O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM não passa de uma aspiração dos movimentos sociais e sua implantação na rede pública está em estado embrionário;
Há claro interesse internacional na implementação de controle demográfico no Brasil;
Os governos e os organismos internacionais interessados na implementação desta política demográfica investem vultosas quantias para atingir seus objetivos” (CONGRESSO NACIONAL, 1993: 116, grifos nossos).

Durante os anos 1990, não há um desenho de política de saúde das mulheres específico, mas a abordagem integral da saúde da mulher mantém-se no horizonte das ações implementadas, com um ritmo e adesão de estados e municípios inferior ao esperado e com a aplicação restrita dos princípios de integralidade no atendimento à saúde da mulher. Em 1992, a avaliação realizada pela Rede Nacional Feminista de Saúde, é de que as mulheres nordestinas ainda tinham uma assistência clientelista como modelo de atenção à saúde, distante dos preceitos de integralidade previstos pelo PAISM. Além disso, com exceção de casos pontuais em São Paulo e em Goiás, “a constatação deste estudo é que o PAISM não está implantado na rede pública e nem existem sinais de que isto suceda a curto prazo” (COSTA, 1992: 58).

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). A literatura de saúde pública e coletiva apresenta os anos 1990 como um período dedicado à implementação incompleta e descontínua do PAISM (COSTA, 2009) e do SUS.

Os debates em torno das conferências das Nações Unidas, particularmente da preparação para a Conferência do Cairo, em 1994, levam à ênfase no conceito de direitos reprodutivos em detrimento do conceito de saúde integral. Sonia Correa, Rosalind Petchevsky, José Eustáquio Alves (2008) e Mariana Damasco (2009), ressaltam que durante os anos 1990 prevalece, entre os debates sobre saúde, o enquadramento de direitos reprodutivos e sexuais. Wilza Villela, do Coletivo Feminista

Sexualidade e Saúde, propõe que é necessário um esforço de coordenação entre os conceitos de saúde integral, saúde sexual e saúde reprodutiva:

“A proposta de saúde integral da mulher e de sua operacionalização através de um programa tem uma notável influência no Brasil, contrastando com as propostas da saúde reprodutiva e saúde sexual cuja origem e motivação se dão em contextos distintos do nosso. Assim, nos parece possível pensar em modos de atuação em saúde da mulher que guardem a perspectiva da integralidade, mas que se alimentem da vocação emancipatória que inspira as ideias de saúde reprodutiva e saúde sexual. Mais do que uma síntese conciliatória, uma proposta desta natureza seria uma tentativa de enfrentamento de problemas que se avolumavam e se interpenetram, obstaculizando a conquista da saúde, cidadania e qualidade de vida para as mulheres” (VILLELA, s/d: 10).

Para a maioria das nossas entrevistadas, o debate entre a concepção de saúde integral e saúde/direitos sexuais e reprodutivos é um desafio. Perguntada se o conceito de integralidade seria bem substituído pela noção de direitos sexuais e direitos reprodutivos, Ana Maria Costa defende que

“Eu acho uma abordagem míope porque elas tentam colocar na abordagem de direitos sexuais a presença do companheiro e a presença de uma gama de demandas relacionadas a sexualidade. A sexualidade em relação a prática da sexualidade, a abordagem da identidade de gênero, a abordagem... Que ainda é pouco em relação a integralidade. É isso que elas não percebem. Porque a integralidade é muito mais, aquilo que a gente estava comentando, né?! Quer dizer a integralidade é o respeito da mulher como cidadã dentro do serviço, mas da mulher, não só das suas demandas, da extensa área e campo associada à sexualidade, mas também a condição de gênero como um determinante social da saúde (...). Saúde é mais, infelizmente é, e por isso o conceito de integralidade ele é mais amplo, porque ele diz respeito não só aos problemas, mas ele diz respeito aos níveis de atenção, ele diz respeito a atenção primária, a retaguarda laboratorial, especialistas, alta complexidade, internação, ele diz respeito aos modos de abordagem de cura, a existência de alternativas menos invasivas, não medicalizadoras, homeopatia, ele abre uma janela muito mais ampla. (...) Eu fiz uma pesquisa entre profissionais de saúde, eu perguntei a cerca de mil profissionais de saúde, eu não publiquei isso, não sei onde que isso ficou, eu devia ter publicado. Eu perguntei a eles o que achavam de saúde sexual e eu perguntei o que que era saúde sexual e saúde reprodutiva. Sabe o que que era a resposta? Para você ver a importância do diálogo semântico, porque se para as feministas – a Rosalind [Petchesky] acha isso, junto com a Sonia [Correa] – [direitos sexuais e reprodutivos são uma coisa], para [os profissionais de] saúde, saúde reprodutiva para eles era controle de natalidade de adolescente e saúde sexual era controle de saúde venérea. Então assim, se você fala de saúde integral [os profissionais de saúde] já avançam, então, no mínimo por um diálogo entre estranhos morais, favorece as mulheres o discurso de integralidade” (Entrevista com Ana Maria Costa, 23/5/2015).

Na perspectiva das mulheres negras, o conceito de direitos sexuais e direitos reprodutivos também é entendido como mais restrito quando comparado ao frame de integralidade das ações de saúde. Emanuelle Aduni Goes, coordenadora de saúde do Instituto Odara, ressalta que para as mulheres negras, o conceito de integralidade é que mais se aproxima à abordagem das determinantes sociais da saúde e do acesso aos serviços de saúde pública, aproximando-se à proposta de justiça reprodutiva. Por sua vez, Edna Roland ressalta a importância de agências, como o International Women’s Health Coalition (IWHC), para a entrada do conceito de direitos reprodutivos no Brasil.

Roland ressalta ainda que a escolha de dar centralidade aos direitos reprodutivos em contraponto à noção de integralidade está vinculada à necessidade de avançar nas agendas de contracepção e DSTs:

“é nesse dialogo com essas agências com presença e participação de mulheres feministas em nível internacional – principalmente dos EUA – é possível que nós tenhamos perdido algumas coisas importantes que estavam lá no PAISM. Eu acho que o PAISM ele continha de forma mais... a noção de integralidade. O que a gente terminou fazendo em determinado momento dentro do Ministério da Saúde foi, para poder garantir determinadas coisas, a gente terminou fazendo um trade-off com essa questão do PAISM. Porque o que permitia a gente avançar em questões como a contracepção, a questão do aborto, a prevenção de DSTs e tudo o mais, eu acho que o passaporte que a gente teve que utilizar foi o passaporte da saúde sexual e reprodutiva” (Entrevista Edna Roland, 13/4/2017).

Maria Amélia Teles, que se identifica como uma feminista autônoma, da União de Mulheres de São Paulo, no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, defende que a ideia de que o paradigma da saúde integral era maior e tinha maior peso político que os direitos sexuais e reprodutivos:

“Teve uma política internacional, que parece boa mas que não foi tão boa assim, mas que a gente nem critica – eu pessoalmente não critico que a coisa está tão feia – que foi quando eles inventaram: a saúde da mulher é uma coisa, direitos reprodutivos é outra, direitos sexuais é outra. Quer dizer, a saúde reprodutiva passou a ser mais importante que a saúde das mulheres. Que é que isso? Saúde das mulheres é a coisa mais importante que tem. Se não, você não mobiliza não. Nós não estamos falando da integridade física, moral e mental das mulheres? Agora nem se fala mais de aborto. Fala de direitos reprodutivos. Que direitos reprodutivos? Quero ter o direito de legalizar o aborto, de eu poder decidir se eu vou fazer ou não, entendeu? (...) A gente tinha um conteúdo mais político, e essas intervenções aí reduziram as grandes palavras políticas por essas palavrinhas. Eu queria saber quem inventou isso aí... Saúde reprodutiva, nós vamos cair aonde? Na saúde materno-infantil. Nós queremos a saúde integral das mulheres em todas as fases da vida, em todas as cores, etnias, raças, para todas as orientações sexuais, para todas as gerações” (Entrevista Maria Amélia Teles, 24/8/2015).

Santinha⁵⁵, fundadora e representante da RFS no Conselho Nacional de Saúde tem opinião diversa. Para ela nem um dos três temas é uma realidade para as mulheres. A integralidade seria composta pelos direitos sexuais e pelos direitos reprodutivos. Esses dois não seriam ainda uma realidade:

“Essa integralidade nós ainda não temos porque a sexualidade não é definida no nível desejável. Eu diria que nós temos essa palavra no programa de saúde da mulher, que nós temos essa palavra em vários programas. Aí tu ficas feliz. E a sexualidade, onde está sendo discutida? Como está sendo discutida? Nós queremos que a sexualidade seja algo discutido dentro da escola, dentro de casa (...). Quando entra nos direitos reprodutivos, eu analiso de maneira similar. Porque eu ainda não posso decidir o que fazer com a minha barriga, nem no aborto legal (Entrevista Santinha, 21/8/2015).

Os debates em torno da adequação do conceito de direitos reprodutivos como principal conceito mobilizador em torno das políticas de saúde para as mulheres demonstram que esse termo

⁵⁵ Santinha é Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos. Maranhense, médica e feminista, participou da formação do Centro da Mulher Brasileira, no Rio de Janeiro. Depois auxiliou na consolidação da RFS e tem atuado junto ao CNS e à CISMU, promovendo a pauta do movimento feminista nessas arenas.

representa um desafio para as ativistas dos movimentos de mulheres. Indica também que ele é incapaz de abarcar as ideias presentes no conceito de integralidade, que caracterizou a abordagem hegemônica em torno do discurso de saúde das mulheres entre 1984 e o começo da década de 1990. Nesse sentido, um grande conceito transnacional representa uma dificuldade para a proposta de mudança de políticas públicas, como pontua Alvarez:

“Ainda que analistas de redes transnacionais de advocacy e movimentos sociais locais tenham ressaltado a centralidade da ressonância dos enquadramentos em promover o sucesso dos defensores de mudanças nas políticas, eu quero sugerir que os processos de enquadramento, quando persuadem funcionários do Estado ou de OIGs, são mais problemáticos quando o que é desejado também é uma ampla mudança cultural. Essa é uma questão particularmente difícil para feministas defensoras de direitos, uma vez que enquadrar suas demandas de maneira que tenham ressonância cultural na arena política local pode chocar-se com a busca de transformar entendimentos culturais de públicos maiores sobre relações de poder baseadas em gênero. Mesmo que esses dilemas de enquadramento mais comumente sejam resultados de condições políticas locais, eu mantereí que eles podem ser exacerbados quando as ‘lutas interpretativas’ de feministas locais tornam-se transnacionalizadas” (ALVAREZ, 2000: 51, tradução livre⁵⁶).

Em que pesem as restrições à adoção do discurso de direitos reprodutivos, houve uma ampla adesão dos movimentos de mulheres a ele. Exemplos significativos são a mudança do nome da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e a presença do conceito de direitos reprodutivos em diferentes documentos e debates promovidos pelo movimento de mulheres. Em 1991, a Rede é criada como Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Em 2006, o nome da organização é alterado, juntamente com o novo Estatuto Social, para Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. A Declaração de Itapetecica da Serra, de 1994, foi preparada durante o Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos. No texto da declaração o termo direitos reprodutivos é definido de maneira ampla, fugindo à definição prevista quanto à liberdade de escolher o número e o intervalo entre as gestações. Assim, podemos afirmar que existe um processo de tradução do conceito, que ganha novas dimensões para os movimentos de mulheres no Brasil, ao mesmo tempo em que se reconhece o abandono de uma demanda mais ampla no sentido da atenção da saúde das mulheres, que seria expressa pelo discurso da integralidade das ações de saúde. As razões para o uso do novo termo estão vinculadas, como vimos, à busca pela comunicação com financiadores externos, a quem o discurso de direitos reprodutivos parece mais

⁵⁶ Though analysts of transnational advocacy networks and local social movements alike have stressed the centrality of frame resonance to advocates’ success in promoting desired policy changes, I want to suggest that the framing processes appropriate when persuading the State or IGO public officials are sometimes more problematic when what is desired is also broad cultural change. This is a particularly tricky question for feminist rights advocates, since framing their claims in ways that will have cultural resonance in local policy arena may clash with their principled quest to transform larger publics’ cultural understandings of gender power relations. Though such framing dilemmas arise mostly from local political conditions, I will further maintain, they can be exacerbated when local feminists ‘interpretive struggles’ become transnationalized” (ALVAREZ, 2000: 51, grifos nossos).

familiar que o discurso de saúde integral. Podemos também atribuir o uso a toda a mobilização das organizações de mulheres para a participação na formação da agenda do governo brasileiro para as conferências das Nações Unidas: uma vez investidas em preparar documentos para o uso da delegação brasileira, fazia mais sentido que se usasse a língua franca das reuniões preparatórias, em que o termo direitos reprodutivos já era ponto comum, que usar termos conhecidos somente por pessoas envolvidas com os debates das políticas de saúde coletiva no Brasil.

4. Atores envolvidos na formação de políticas de saúde para as mulheres: um processo de co-constituição

A Conferência das Nações Unidas sobre as mulheres de 1975 teve desdobramentos relevantes no Brasil, uma vez que reposicionou e fortaleceu os movimentos e organizações feministas que haviam perdido espaço entre o Estado Novo e o governo Médici (BARROSO, 1982; PINTO, 2003; BANDEIRA E MELO, 2010; TELES, 1999; SARTI, 1998 e 2004)⁵⁷.

“O ano de 1975 foi um marco da construção deste campo [o feminismo brasileiro de segunda onda]. Nesse período aconteceram: a reunião anual da SBPC, que realizou um encontro considerado histórico sobre o tema mulher; a criação da primeira organização feminista do Centro da Mulher Brasileira, no Rio de Janeiro; o Encontro para o Diagnóstico da Mulher Paulista e a organização do Movimento Feminino pela Anistia. Nos anos seguintes seriam criados diversos grupos em São Paulo, no Rio, no Distrito Federal e no Nordeste, abrigando não só múltiplas formas de organização, mas novas especificidades, como grupos de trabalhadoras rurais e sindicais, de produtoras culturais, de educadoras populares, de mulheres lésbicas, de prostitutas e de empresárias.” (RAMOS, 2004: 1072).

Na conjuntura de abertura política e desgaste do governo ditatorial, e aproveitando-se da preparação da Conferência de 1975 e do Ano Internacional da Mulher, as feministas se mobilizaram para, a partir do Centro da Mulher Brasileira, cuja criação foi apoiada pela ONU, por meio do Centro de Informações instalado no Rio de Janeiro no mesmo ano, organizarem frentes de luta contra o regime. Na perspectiva da literatura de movimentos sociais, o ano de 1975 representa uma *espiral de oportunidades políticas* para a conformação do movimento feminista no Brasil. Durante esse

⁵⁷ Estamos aqui tratando do discurso majoritário que liga o fortalecimento do movimento feminista ao Ano Internacional das Mulheres. Inicialmente, não trataremos dos trabalhos que discordam da tese de que o movimento de mulheres renasce em 1975, sob os auspícios e apoio das Nações Unidas. Joana Maria Pedro (2006) vincula esse discurso de renascimento aos movimentos feministas e de mulheres de esquerda, os quais negavam a legitimidade dos movimentos de mulheres que discutiam os temas das feministas dos EUA e da Europa sobre a questão corporal e das especificidades das mulheres. Digna de nota é a existência da Federação Brasileira para o Progresso Feminino, liderada por Bertha Lutz, representante de várias demandas feministas no Brasil e junto às Nações Unidas. Sonia Alvarez (1990), em seu trabalho sobre o movimento feminista no processo de democratização destaca o trabalho desenvolvido pelas mulheres da periferia na luta por creches, que se desenvolveu antes de 1975. Alvarez destaca 1975 como um pico da organização do movimento feminista no período analisado.

momento de abertura de oportunidades políticas, que tendem a reforçar o ímpeto inicial de organização da sociedade civil.

Kia Caldwell ressalta que durante a organização do Congresso das Mulheres Brasileiras, em 1975, as mulheres negras organizadas apresentam o Manifesto das Mulheres Negras. Nesse Manifesto, as ativistas apontam as divisões raciais dentro do movimento de mulheres e questionam a unidade dentro dele, na medida em que as mulheres negras ainda eram vistas objetos de tipo exportação no Brasil (2007:152). Essas tensões aumentariam ao longo dos anos, com a acusação elaborada por Lélia Gonzalez da incapacidade das feministas entenderem o racismo como elemento estrutural da raça na vida das mulheres negras (GONZALEZ, 1979). O pico de tensão acontece durante o *III Encuentro Feminista de Latinoamérica y Caribe*, em Bertioja. Mulheres negras foram impedidas de entrar no *Encuentro* por alegada falta de inscrição para o encontro. Observando o histórico dos *Encuentros*⁵⁸, apenas em 1996, em Cartagena, os debates em torno da questão racial aparecem como temas em destaque dos debates e mesas a serem realizados durante o encontro. As mulheres negras perceberam o enfrentamento do sexismo durante o trabalho com os homens negros, que assumiam as lideranças e não as deixavam também guiar a luta:

“Sexismo no movimento negro tornou-se uma questão para muitas mulheres negras durante os anos 1970 e o começo dos 1980. Um senso de deslocamento era sentido por um número de mulheres que eram ativas no movimento negro durante os anos 1980. Enquanto as suas preocupações sobre raça eram desconsideradas pelo movimento feminista, as preocupações delas sobre gênero eram constantemente marginalizadas pelo movimento negro (CALDWELL, 2007: 155, tradução livre⁵⁹).

Ainda na década de 1970, seguindo a abertura de oportunidade política, foram formados outros grupos, dos quais citamos três: o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira, de 1975, em São Paulo; e os jornais *Brasil Mulher*, de 1975, e o *Nós Mulheres*, de 1976. Esses três mantiveram centralidade nos anos seguintes, seja na organização do movimento nacional, seja na divulgação do feminismo.

“Esses dois jornais tornaram-se as principais vozes de um movimento feminista nascente no Brasil. Através da rede do Movimento Feminino pela Anistia, o *Brasil Mulher* criou subgrupos em diferentes cidades grandes entre a metade final dos anos 1970” (ALVAREZ, 1990: 96, tradução livre⁶⁰).

⁵⁸ O breve histórico está disponível no sítio do XIII Encuentro, na seção *Cosechando Memorias*: <http://www.13eflac.org/index.php/cosechando-memorias>. Acesso em 25/5/2017.

⁵⁹ “Sexism within the black movement became a major issue for many black women during the late 1970s and early 1980s. A sense of displacement was felt by a number of women who were active in the black movement during the 1980s. While their concerns about race largely went unheeded by the feminist movement, their concerns about gender were often marginalized by the black movement” (CALDWELL, 2007: 155).

⁶⁰ These two newspapers became the principal voices of the nascent feminist movement in Brazil. Through the Feminine Amnesty Movement’s political network, *Brasil Mulher* created subgroups in several major cities during the mid-to-late 1970s” (ALVAREZ, 1990: 96).

Durante os anos 1980, o processo redemocratização apresentou desafios para a atuação dos movimentos sociais, que “tiveram que decidir como melhor avançar suas demandas num contexto de democratização, mas com um governo civil conservador” (ALVAREZ, 1990: 228, tradução livre⁶¹). A consolidação de grupos de mulheres com orientações diversas⁶², a complexificação do movimento, decorrente de sua ampliação e dos temas tratados, o aumento do número de encontros nacionais e a participação nas disputas partidárias gerou conflitos, fissuras e alguns avanços institucionais⁶³ e legais. Neste período, é importante destacar a atuação das deputadas do *Lobby do Batom*⁶⁴ durante os trabalhos da Assembleia Constituinte, que permitiu avançar os dispositivos constitucionais em matérias que impactavam diretamente a vida das mulheres⁶⁵.

Na perspectiva dos movimentos sociais, o momento de consolidação democrática durante os anos 1990 traduziu-se em um processo de formalização (ONGuização) dos movimentos (ALVAREZ, 1998; RAMOS, 2004; GOHN e BRINGEL; 2012). A preparação para a Conferência de Beijing foi um elemento-chave na institucionalização de grupos organizados em toda a América Latina (ALVAREZ, 1998). No caso brasileiro, destacam-se a formação das seguintes organizações, entre outras: a Cidadania Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia), em 1990; a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, em 1991; e a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), em 1994 (ALVAREZ, 1998; PINTO, 2003; RAMOS, 2004). Como citamos anteriormente, ao descrever os debates dos EFLACs, o processo de institucionalização dos movimentos é extremamente controverso entre as feministas latino-americanas.

⁶¹ “Had to decide how best to advance their claims in the context of a democratizing, but ever more conservative civilian regime” (ALVAREZ, 1990: 228).

⁶² Destacamos entre outros grupos: o Geledés de Mulheres Negras, criado em 1988; e o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea), de 1989.

⁶³ Foram criados: o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina (em São Paulo), em 1983; a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (em São Paulo), em 1985; e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, vinculado ao Ministério da Justiça, em 1985. No que tange à saúde foi “a mobilização de mulheres que levou à instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983” (FARAH, 2004: 51).

⁶⁴ Formavam o *lobby do batom*: Abigail Feitosa (PSB/BA), Anna Maria Martins (PSDB/RJ), Benedita Da Silva (PT/RJ), Bete Mendes (PMDB/SP), Beth Azize (PSDB/AM), Cristina Tavares (PDT/RJ), Tutu Quadros (PSDB/SP), Eunice Michiles (PFL/AM), Irma Passoni (PT/SP), Lídice Da Mata (PcdoB/BA), Lúcia Braga (PFL/PB), Lúcia Vânia (PMDB/GO), Márcia Kubitschek (PMDB/DF), Maria de Lourdes (PSDB/DF), Maria Lúcia Mello (PMDB/AC), Marluce Pinto (PTB/RR), Moema São Thiago (PSDB/CE), Myriam Portella (PSDB/PI), Raquel Cândido e Silva (PDT/RO), Raquel Capiberibe – PSB/AP, Rita Camata – PMDB/ES, Rita Furtado – PFL/RO, Rose de Freitas – PSDB/ES, Sadie Hauache – PFL/AM, Sandra Cavalcanti – PFL/RJ e Wilma Maria – PDT/RN.

⁶⁵ Entre os avanços alcançados pelas mulheres na Constituição de 1988, há que se destacar: a previsão de igualdade entre homens e mulheres (art. 5º, I), a divisão da responsabilidade de direitos e deveres referentes à sociedade conjugal entre homens e mulheres (art. 226, § 5º), a licença paternidade e maternidade (art. 7º); e o direito à previdência social aos trabalhadores domésticos (art. 7º).

No que tange especificamente à temática de saúde, em que pese a criação de grupos organizados em diferentes estados,

“os programas de saúde, no que se refere à atenção à mulher, não resultaram, em sua maior parte, de movimentos sociais locais. A inclusão de ações dirigidas à mulher parece ser o resultado, em primeiro lugar, da influência na esfera local de diretrizes da política nacional de saúde e dos programas federais de saúde, influenciados por uma agenda externa, característica da atuação recente de agências multilaterais e de organizações supranacionais da área da saúde” (FARAH, 2004: 60-1).

Nesse contexto, o debate feminista incluiu uma crítica à biologização dos corpos e à prisão das “mulheres no espaço da procriação com a consequente redução da sua dimensão humana” (ÁVILA e CORRÊA, 1999: 75), que eram promovidas pelas políticas de saúde e pela classe médica, o que vai dar a tônica da participação dos grupos feministas na formulação das políticas no período, com destaque para o PAISM.

Em agosto 1993 foi realizado, dentro do processo de preparação para a Conferência do Cairo, o *Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras*, em Itapequerica da Serra. O *Seminário* foi organizado pelo Geledés – Instituto da Mulher Negra. O documento final do *Seminário* é a *Declaração de Itapequerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras*. Na *Declaração*, 45 organizações do movimento de mulheres negras, de diferentes estados do país, explicitaram a tentativa das políticas populacionais de “control[ar os] nascimentos das populações não-brancas e pobres” (GELEDÉS, 1993: 1), a defesa dos direitos reprodutivos seria o contraponto às políticas populacionais. Os temas tratados no texto são diversos, o que demonstra a amplitude da caracterização do debate dos direitos reprodutivos para as mulheres negras. Destacamos dois pontos do documento:

“O papel do Estado tem-se dado basicamente no sentido de tratar a reprodução como uma questão pública e os meios de manutenção da vida – habitação, saúde, educação, alimentação, e trabalho – como uma questão privada. Compreender essa lógica é fundamental nessa conjuntura preparatória da Terceira Conferência Mundial de População e em tempos de difusão do conceito de populações supérfluas. Liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas. Portanto, precisamos lutar para que a reprodução possa ser decidida no mundo do privado, cabendo ao Estado garantir os direitos reprodutivos e assegurar condições para a manutenção da vida” (GELEDÉS, 1993: 3).

“A garantia dos direitos reprodutivos pressupõe a garantia de direitos amplos de cidadania que implicam em: políticas públicas globais que garantam pleno emprego, programas de abastecimento, de saúde e saneamento básico, educação e políticas urbanas e de habitação que têm sido sistematicamente boicotadas por setores conservadores incrustados no aparelho do Estado e por ‘lobbies’ poderosos comprometidos com interesses minoritários, elitistas e racistas” (GELEDÉS, 1993: 4).

A lista dos pontos necessários para as garantias dos direitos reprodutivos possui cinco pontos além desse que foi citado acima e inclui a demanda pela implementação do PAISM, o enfrentamento das “precárias condições de atendimento ao parto”, a formação das profissionais de saúde e a presença

do quesito raça/cor nos formulários de saúde do país. Ressaltamos os dois trechos acima para registrar que na compreensão dos direitos reprodutivos, condições socioeconômicas de criação das crianças eram pontos centrais na consideração das feministas negras. Em toda a Declaração, o tema do aborto não é levantado diretamente como um ponto de propostas do movimento de mulheres negras⁶⁶. No entanto, em mais de uma ocasião, a responsabilidade pública sobre o cuidado e a oferta de aparelhos de apoio às famílias e às mulheres é ressaltado durante a *Declaração*.

Na década de 1990, “o movimento de mulheres, tal como o sanitário, passou a resistir às pressões e restrições e a buscar avançar proposições para a efetivação do PAISM” (COSTA, 2009: 1079). O processo de formalização e a adoção do pragmatismo por parte dos movimentos fizeram que quadros do movimento feminista passassem

“a atuar, de forma profissional, como parceiras do Ministério da Saúde na produção de materiais educativos e técnico normativos para a atenção e o cuidado à saúde das mulheres. Pode-se afirmar que as feministas não priorizaram nos anos oitenta e noventa a atuação nas instâncias estaduais e municipais de participação e de controle social da saúde das mulheres. Em um contexto específico, o então Ministro da Saúde, Adib Jatene, nomeou como conselheira do Conselho Nacional de Saúde uma feminista, Margareth Arilha, para ocupar uma das vagas destinadas à sociedade científica. Essa iniciativa foi importante por ter permitido a vocalização das demandas das mulheres e o surgimento de novos posicionamentos políticos naquele órgão colegiado” (COSTA, 2009: 1079).

4.1.1. Duas redes de ativismo pela saúde das mulheres

Entre as organizações que estavam empenhadas no processo de implementação do SUS e do PAISM, destacavam-se a Rede Nacional Feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos (RFS) e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Essas redes foram criadas para a promoção e defesa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, tendo sido fundadas no início da década de 1990. Elas nasceram no esteio da abertura democrática, unindo militantes em torno das demandas das mulheres e englobando organizações já ativas na defesa de políticas de saúde para as mulheres. Essas redes apresentam muitas semelhanças entre si, sobretudo quanto à organização, formas de atuação e filiação, mas as diferenças na abordagem das políticas de saúde tornam-se fundamentais para entender as dinâmicas recentes entre as redes e as políticas federais de saúde para as mulheres.

A 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 ItapetERICA da

⁶⁶ A proposta de que a decisão de engravidar seja ela a única decisão privada enquanto os cuidados de criar sejam um encargo coletivo da sociedade brasileira, garantido pelo Estado, permite entender que o aborto esteja sendo tratado como tema de foro individual, sobre o qual a mulher seria quem tomaria a decisão, devendo ser apoiada em sua escolha.

Serra (SP), pelo SOS Corpo – Gênero e Cidadania, de Recife (PE), e pelo Coletivo Feminista Sexualidade, de São Paulo (SP)”⁶⁷. Em seu sítio institucional, a RFS define-se como “uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo”⁶⁸. 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)⁶⁹. Ela é composta atualmente por mais de 260 grupos associados, distribuídos em 12 regionais⁷⁰, 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. Até 2017, 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 histórica da RFS na coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde (CISMU/CNS)⁷¹, no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e na Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA/Brasil⁷². Os princípios da ação RFS, conforme definido em seu Estatuto Social, aprovado em maio de 2006, são:

⁶⁷ Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/hotsite/> Acesso em 13/4/2015.

⁶⁸ Disponível em: <http://redesaude.org.br/home/institucional.php> . Acesso em 16/4/2015.

⁶⁹ A associação efetiva, além de estar aberta apenas para organizações da sociedade civil, implica direito de votar e ser votada durante as assembleias e reuniões da RFS. A associação colaboradora, composta por conselhos estaduais de direitos das mulheres, tem em comum direitos e deveres com as associadas efetivas, mas não possui direito a voto ou de ser votada. Ambas os tipos de associação dependem que as organizações concordem com os princípios e políticas da RFS e de forma expressa comprometam-se a não defender posições contrárias àquelas defendidas pela RFS.

⁷⁰ 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.

⁷¹ Em 2015, com a eleição de novos delegados para a composição do CNS e a vitória da União Brasileira de Mulheres (UBM), a RFS passa a não mais integrar o CNS e a CISMU. A decisão da UBM em não partilhar o mandato com organizações, prática comum, gerou a reação da RFS com uma nota em que ressalta o estranhamento de tal decisão política. Durante os anos em que a RFS foi eleita para o cargo de conselheira no CNS, a RFS convidava outras organizações de mulheres para exercer a suplência, como foi o caso da própria UBM e da Criola.

⁷² Disponível em: <http://redesaude.org.br/home/institucional.php> . Acesso em 16/4/2015.

“[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] 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.

Em 2011, a RFS publicou o documento intitulado “Rede Feminista de Saúde: posições políticas”. Nele, a RFS coloca algumas de suas posições em relação a temas da política contemporânea do país: reafirma “seu compromisso de defesa da saúde integral das mulheres e dos seus direitos sexuais e reprodutivos e do Sistema Único de Saúde Público, universal e de qualidade, acessível a todas as mulheres” (RFS, 2011: 5); mostra preocupação quanto à “fragilização da política de atenção integral à saúde das mulheres” e da Área Técnica de Saúde da Mulher (Idem: 6); critica a Rede Cegonha “por suas omissões em relação aos temas da violência sexual e do aborto inseguro e, sobretudo, porque é uma política de caráter materno-infantil” (Idem: 7); defende a descriminalização e legalização do aborto e das mulheres que o praticam; e destaca a necessidade de que a morte materna seja analisada “dentro do conjunto de circunstâncias relacionadas com os indicadores de adoecimento e morte das mulheres” (Idem: 16). Notório deste documento é que a RFS pouco se remete a debates internacionais além da definição de direitos sexuais e reprodutivos. As duas únicas referências a iniciativas internacionais são: crítica à adoção das decisões do Banco Mundial quanto à redução do investimento em saúde, as quais já na década de 1990 inviabilizaram a devida implementação do PAISM; e a reprodução do Compromisso de Montevideo sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 1994.

A Rede pela Humanização do Parto (ReHuNa) foi criada em 1993, em uma reunião de 34 pessoas – 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 Odent⁷³ (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 cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico”. (Site da ReHuNa⁷⁴).

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

⁷³ Michel Odent é reconhecido por membros da ReHuNa como um dos autores centrais no ideário do parto humanizado (TORNQUIST, 2004: 151).

⁷⁴ Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos> . Acesso em 17/4/2015.

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 parto⁷⁵, a defesa da construção e legalização de casas de partos e o combate à episiotomia de rotina⁷⁶.

De acordo com o Estatuto Social, a ReHuNa possui três categorias de filiados: “fundadores”, “filiados” e “filiados honorários”. A aceitação de novos filiados baseia-se na indicação de outros filiados e aprovação da diretoria. Para serem admitidos, os novos filiados devem (art. 9º, I e II): “estar comprometido[s] com a finalidade da ReHuNa” e “obrigar-se a contribuir para o alcance dos objetivos da entidade”. A administração da ReHuNa está organizada em “Assembleia Geral”, “Diretoria”, “Conselho fiscal” e “Conselho diretor”. A Assembleia Geral é o órgão soberano da organização, tendo como competências a eleição dos demais órgãos administrativos da ReHuNa, decidir sobre seu regimento interno e extinção, entre outras competências. Alguns dos princípios de atuação estão previstos no artigo 3º do seu Estatuto. Destacamos a importância dada para o “II – (...) aprimoramento das políticas públicas federal, estaduais e municipais sempre que necessário”; o “IV – o aperfeiçoamento de programas e projetos de desenvolvimento por meio da incorporação dos temas relações sociais de gênero, classe, orientação sexual, geração, raça e etnia, assim como considera-los transversais”; e o “XI – estabelec[imento] de relações e cooperações com outras organizações internacionais, nacionais, estaduais e municipais que tenham objetivos afins”.

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, objetivos e no próprio nome; a aproximação daquela é menos institucional, fazendo-se por meio das falas de algumas rehunidas⁷⁷ 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

⁷⁵ 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.

⁷⁶ A episiotomia 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.

⁷⁷ As rehunidas são as ativistas da REHUNA, conforme conceito nativo da organização.

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 Diniz⁷⁸, 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).

O Estatuto da ReHuNa prevê

A ReHuNa, ao longo de sua história, organizou quatro conferências internacionais sobre humanização do parto no Brasil, conforme podemos observar no Quadro 1. As conferências são momentos de reunião de ativistas, profissionais e pesquisadoras sobre o tema da humanização do parto e nascimento e possuem um formato de encontros acadêmicos.

“O formato da Conferência era, fundamentalmente, acadêmico-científico, com prazos de inscrição para trabalhos e pôsteres, comissão científica, mesas redondas, conferências, palestras e oficinas. A exibição de experiências concretas, já em curso nos diferentes países, no âmbito da atenção ao parto, era diversificada, mas, diferentemente da atenção convencional, era vista, juntamente com o expressivo número de participantes – a todo momento lembrada – como um sinal de que o movimento estava explodindo pelos quatro cantos do planeta” (TORNQUIST, 2004: 173-4).

⁷⁸ Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php?start=2> Acesso em 17/4/2015.

Quadro 1 – Conferências internacionais sobre humanização do parto e nascimento organizadas pela ReHuNa		
Ano e Local	Título	Destaques
2000 Fortaleza	-	Criação da RELACAHUPAN - Rede Latino-Americana e Caribenha para a Humanização do Parto e do Nascimento Presença de Michel Odent e Robie Davis-Floyd 1800 participantes
2005 Rio de Janeiro	-	2136 participantes oriundas/os de 14 países Presença de Michel Odent e Robie Davis-Floyd
2010 Brasília	Consolidando avanços e abrindo novos caminhos	1836 participantes de 26 países Presença de Michel Odent e Robie Davis-Floyd
2016 Brasília	Acolhendo experiências e irradiando mudanças	Aproximadamente 800 participantes ⁷⁹
Fonte: Sítio institucional do ReHuNa e tese de Suzana Tornquist. Elaboração Layla Carvalho.		

Em 2016 tivemos oportunidade de acompanhar presencialmente o evento da IV Conferência Internacional sobre humanização de partos e nascimentos. A Conferência aconteceu entre os dias 26 e 30 de novembro, no Centro de Convenções, em Brasília. Contou com espaços de formação de profissionais em técnicas de humanização de atendimentos, conversas para troca de experiência e disseminação de informações. As participantes do evento, sua maioria mulheres, eram majoritariamente jovens e dedicadas a diferentes atividades do movimento: doulas, enfermeiras, pesquisadoras e médicas. Havia diferentes movimentos dentro de um mesmo movimento: as doulas estavam buscando organizar-se para ampliarem a capacidade de empreender; o movimento de epigenética trazia suas abordagens para a discussão; a ReHuNa buscava consolidar e ampliar sua rede de apoiadoras entre organizações da sociedade civil, Estado e associações profissionais; pesquisadoras nacionais e internacionais mostravam os debates recentes nos termos da humanização do parto, indicando as razões pelas quais a mudança nas relações humanas e na organização da sociedade começa com novas formas de parir e nascer. Esses encontros reiteram o papel que a ReHuNa possui internacionalmente: ela é reconhecida dentro do movimento de humanização pelo parto, inclusive por um de seus criadores, Michel Odent, como uma das lideranças do movimento no mundo. Nesse sentido, é interessante observar como a ReHuNa usa essa expertise e os seus anos de atividade e elaboração de redes e compromissos a favor da causa do parto e nascimento humanizados nas políticas públicas no Brasil. Sua atuação tem-se fortalecido mais recentemente, com a adoção do Programa do Rede Cegonha, que será apresentado no próximo Capítulo.

⁷⁹ Estimativa ainda não divulgada oficialmente pela ReHuNa, mas obtida em entrevista com Daphne Rattner em 13/5/2017. Daphne apontou como possíveis razões para a redução do público nesta edição da Conferência: a desarticulação política que o país está vivendo desde abril de 2015 com o golpe parlamentar contra a presidenta eleita Dilma Rousseff; a ocupação da reitoria da UnB, parceira da ReHuNa na organização do evento; e a situação financeira de estados como Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, que impediu a ida de ativistas desses estados.

5. Conclusões: transnacionalismo e interseccionalidades na consolidação de políticas de saúde para as mulheres.

Os debates sobre as política de saúde para as mulheres nas décadas de 1980 e 1990 têm sem dúvida um componente internacional que é bastante evidente tanto pelos termos do debate – o uso dos discursos de controlismo e natalismo e de direitos reprodutivos – como pelos atores e o tempo envolvidos no processo de formulação das políticas – a relação com os marcos do debate internacional e a presença de organizações como o IPPF e o UNFPA como possíveis financiadores (com recursos e com apoio político).

Como descrevemos, o gatilho para o lançamento do PAISM, que inicia os debates em torno da saúde da mulher, tem como base a pauta de redução da taxa de fecundidade lançada pela Conferência de população, de Bucareste. Assim, nesse esforço inicial estão presentes representantes da sociedade civil (movimentos de mulheres e centros de pesquisa com financiamento estrangeiro invariavelmente), do Estado brasileiro (poderes Executivo e Legislativo) e de organizações transnacionais da sociedade civil e interestatais. A atuação de burocratas engajadas na luta feminista e respaldadas pelo poder Executivo conseguem consolidar uma agenda que até a atualidade é uma das demandas do movimento feminista no país.

As alterações dos principais termos das políticas de saúde da perspectiva estatal e do ativismo político ao longo do tempo também referem-se a debates transnacionais: assim, entre os 1980 e os 1990, assume-se o discurso de direitos sexuais e direitos reprodutivos em detrimento da defesa da saúde integral. A adesão a esse discurso, em que pesem as vantagens de manter um mesmo discurso que facilita a comunicação entre estranhos, apresenta um desafio em relação a capacidade mobilizadora dos discursos transnacionais para movimentos organizados nacionalmente com base em outras prioridades e caracterização do debate local.

Ao mesmo tempo em que o discurso transnacional é um fator compartilhado por todos os atores políticos envolvidos no processo de desenho da política pública, ele constitui desafio político para setores com menos recursos para adaptar-se aos temas do debate, sobretudo na definição desses temas, na medida em que tendem a estar alijados dos espaços em que tais temas são definidos.

Além da perspectiva transnacional, a abordagem das diferenças de atuação e de demandas do movimentos de mulheres negras e mulheres brancas demonstra a forma como as políticas e a mobilização de saúde respondem à raça/cor. Caldwell (2007) ressalta que a falta da integração das feministas brancas pela presença do quesito raça/cor nos questionários da saúde provoca tensões entre

o conjunto das organizações. O processo de esterilização de mulheres durante a década de 1980, pelo seu caráter mais seletivo no que tange às mulheres que não deveriam parir, provoca a mobilização extensa do movimento de mulheres negras, com a produção de documentos e o envolvimento do poder legislativo no debate sobre a necessidade de proteção do direito das mulheres de saberem exatamente quais serão as consequências de intervenções cirúrgicas nos seus corpos.

Em resumo, no processo de definição de políticas de saúde para as mulheres nas décadas de 1980 e 1990, os discursos e debates transnacionais exercem papel fundamental seja na definição de momentos propícios para a formação de organizações da sociedade civil, de termos ideais para a definição dos objetivos das políticas e de iniciativas a que é necessário resistir, como são os casos da tentativa de implementação de políticas populacionais ativas de controle de natalidade e da restrição à saúde da mulher ao seu período reprodutivo.

Uma pergunta que ainda fica em aberto para nós é: na medida em que o discurso dos direitos reprodutivos é construído no contexto dos debates das políticas populacionais (CIPD), não seria ele também uma política populacional e, como tal, constituída basicamente por um desejo de limitação externa da capacidade reprodutiva das mulheres? Se a resposta à pergunta é positiva, o processo de tradução dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como categoria útil ao avanço das políticas de saúde para as mulheres precisa basear-se na definição feita pelos movimentos de mulheres negras. Como vimos, defende-se que a reprodução torne-se assunto privado e que as condições de sobrevivência e do cuidado tornem-se responsabilidade do Estado. Em outras palavras, enquanto o ônus do exercício autônomo de decidir quantas e qual o intervalo entre as gestações for o único e principal critério enunciado dos direitos reprodutivos, a prática ainda é de controle dos corpos e de política populacional. Apenas quando os custos sociais e materiais envolvidos na reprodução forem entendidos como parte do dever social para com as mulheres e a decisão reprodutiva for considerada apenas preocupação dos casais, será possível efetivamente a prática dos direitos reprodutivos como uma tendência positiva para a saúde das mulheres.

**CAPÍTULO 2 – HUMANIZAÇÃO E REDE CEGONHA: OBJETIVOS DO MILÊNIO DAS
NAÇÕES UNIDAS E A INFLEXÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NOS
ANOS 2000**

Um dos principais objetivos das políticas de saúde para as mulheres é evitar a morbidade e a mortalidade desse grupo populacional. Na Tabela 1 apresentamos os dados da mortalidade das mulheres negras e brancas⁸⁰ no território nacional em quatro anos selecionados: 1996⁸¹, 2000, 2010 e 2014. O objetivo com esta tabela é oferecer dados quanto às semelhanças e diferenças das principais causas de mortes de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) no Brasil. Por exemplo, figura entre uma das principais causas de morte entre mulheres negras e brancas o capítulo XX da CID-10 – Causas externas de morbidade e mortalidade –, que engloba acidentes e agressões e remete às diferentes formas de violência sofrida cotidianamente por mulheres.

Tabela 1 - Comparação das cinco principais causas de mortalidade por capítulo do CID-10 entre mulheres em idade fértil, segundo raça/cor em anos selecionados. Brasil – 1996, 2000, 2010 e 2014

Brasil			Negras			Brancas		
1996 ¹	N		1996 ¹	N		1996 ¹	N	
IX. Doenças do aparelho circulatório	12.912	1 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	53	1 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	204	1 ^a
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12.322	2 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	41	2 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	165	2 ^a
II. Neoplasias (tumores)	10.444	3 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	3 ^a	II. Neoplasias (tumores)	123	3 ^a
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	7.768	4 ^a	II. Neoplasias (tumores)	22	4 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	93	4 ^a
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.277	5 ^a	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	19	5 ^a	X. Doenças do aparelho respiratório	65	5 ^a
XV. Gravidez parto e puerpério	1.451	9 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	4	11 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	21	8 ^a

Brasil	2000	N	Negras	2000	Brancas	2000
--------	------	---	--------	------	---------	------

⁸⁰ No Anexo está disponível a tabela completa, com dados de mulheres amarelas e indígenas. Entre achados interessantes para esses grupos populacionais, destaco a relevância das “Doenças do sistema nervoso” como principal causa de mortalidade entre as mulheres indígenas em todos os anos selecionados.

⁸¹ O uso desses dados desagregados por raça/cor é a grande quantidade de casos em que não foi feita a classificação por raça/cor. Por exemplo, o número de mortes de mulheres negras parece muito menor que os de mulheres brancas em 1996 e ambos extremamente distantes dos dados para o Brasil. Apesar desse problema na coleta dos dados, que vai sendo minorado ao longo dos anos, como é possível perceber pelos dados apresentados a partir dos anos 2000, acreditamos ser importante analisar diferentes momentos da mortalidade de mulheres e comparar a prevalência de diferentes casos de mortalidade para grupos diversos de mulheres.

IX. Doenças do aparelho circulatório	13.076	1 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	5.019	1 ^a	II. Neoplasias (tumores)	6.526	1 ^a
II. Neoplasias (tumores)	11.610	2 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.149	2 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	5.843	2 ^a
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10.543	3 ^a	II. Neoplasias (tumores)	3.483	3 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5.241	3 ^a
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	7.638	4 ^a	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	3.416	4 ^a	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2.434	4 ^a
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.435	5 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.151	5 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.367	5 ^a
XV. Gravidez parto e puerpério	1.640	9 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	711	9 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	629	9 ^a

Brasil	2010		Negras	2010		Branças	2010	
II. Neoplasias (tumores)	14.583	1 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	6.471	1 ^a	II. Neoplasias (tumores)	7.448	1 ^a
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12.338	2 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6.440	2 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5.217	2 ^a
IX. Doenças do aparelho circulatório	12.326	3 ^a	II. Neoplasias (tumores)	6.132	3 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	5.028	3 ^a
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.642	4 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.012	4 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.271	4 ^a
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	4.149	5 ^a	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2.357	5 ^a	X. Doenças do aparelho respiratório	1.745	5 ^a
XV. Gravidez parto e puerpério	1.726	10 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	1.012	9 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	599	10 ^a

Brasil	2014		Negras	2014		Branças	2014	
II. Neoplasias (tumores)	15.311	1 ^a	II. Neoplasias (tumores)	7.146	1 ^a	II. Neoplasias (tumores)	7.405	1 ^a
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12.471	2 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6.916	2 ^a	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.974	2 ^a
IX. Doenças do aparelho circulatório	11.593	3 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	6.476	3 ^a	IX. Doenças do aparelho circulatório	4.583	3 ^a
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.286	4 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.057	4 ^a	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.928	4 ^a
X. Doenças do aparelho respiratório	3.760	5 ^a	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	1.990	5 ^a	X. Doenças do aparelho respiratório	1.625	5 ^a
XV. Gravidez parto e puerpério	1.888	9 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	128	9 ^a	XV. Gravidez parto e puerpério	588	9 ^a

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Elaboração: Layla Carvalho

Observações: 1. Há um número elevado de casos cuja raça/cor da mulher é ignorado para o ano de 1996, a falta da coleta sistemática dos dados de raça/cor é um dos principais desafios na abordagem das diferenças de acesso a saúde. Como é possível perceber ao longo do gráfico, as informações sobre raça/cor melhoram ao longo dos anos, aproximando o número de mortes nos grupos de raça/cor aos números totais do país.

Além dos dados quanto à mortalidade causada por causas externas, destaco mais três conjuntos de dados. O primeiro refere-se à importância das neoplasias malignas como causas de mortalidade de mulheres em idade fértil. Entre 1996 e 2014 elas deixaram de ser a segunda causa de mortalidade para se tornar a primeira, tanto para mulheres negras quanto para mulheres brancas. O segundo conjunto de dados de destaque é a recorrência das doenças do aparelho circulatório como causa da morte de mulheres. Ao longo dos anos há uma variação da posição ocupada por essas

doenças, mas elas sempre figuram entre as três principais causas de mortalidade seja para mulheres negras, seja para mulheres brancas. O terceiro é que a discrepância entre o número de mulheres mortas no Brasil e a soma da mortalidade registrada por raça/cor tem diminuído ao longo dos anos o que indica a melhoria da coleta de dados nos quesitos raça/cor nos questionários de saúde no Brasil. A melhoria da coleta desses dados demonstra que a população negra tende a morrer mais cedo que a população branca e que as mudanças do padrão de mortalidade demoram mais a ocorrer entre mulheres negras que entre brancas.

Um dado acompanhado de perto por autoridades médicas e sanitárias no mundo todo é o número de mortes de mães. A mortalidade materna é fenômeno particularmente relevante no acompanhamento das práticas de saúde, na medida em que a gestação não é uma doença, mas um evento que faz parte da vida reprodutiva das mulheres. Nesse sentido, a morte materna representa um dos indicadores de desenvolvimento dos países. A OMS, no documento *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*, demonstra que aproximadamente 303 mil mulheres morreram em 2015 por consequência de complicações na gestação. Nesse ano, em países desenvolvidos, a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 12 mortes para cada 100 mil nascimentos enquanto em países em desenvolvimento, a RMM foi de 239 mortes de mulheres gestantes para cada 100 mil nascimentos⁸².

“As principais complicações, que explicam aproximadamente 75% das mortes maternas são: sangramento severo, em geral depois do parto; infecção, em geral depois do parto; hipertensão durante a gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); complicações do parto e aborto inseguro (OMS, factsheet, tradução livre⁸³).

Carine Ronsmans e Wendy Graham (2006), com base em dados de mortalidade materna divulgados pela OMS para o ano 2000 discutem “quem, quando, onde e porque” as mulheres morrem em razão da gestação. Ao abordar as desigualdades que mais causam a morte de mulheres grávidas, as autoras ressaltam que não são somente as diferenças de renda e desenvolvimento que explicam o maior número de mortes de mulheres em diferentes lugares. Ronsmans e Graham ressaltam que

“Pesquisas históricas e contemporâneas mostraram que há muitas dimensões de desvantagens além de fatores econômicos, que operam de maneiras sutis e indiretas influenciando resultados. Alguns desses fatores sociais são características de grupo tais como etnia, casta ou raça. Outros, como status conjugal, posição social, autoestima e estresse psicológico são específicos a indivíduos” (RONSMANS GRAHAM, 2006: 1197, tradução livre⁸⁴).

⁸² Esses números correspondem a médias com base na classificação dos países. Entre países em desenvolvimento, a RMM mais alta é encontrada na África Subsaariana: 546 mortes de mulheres para cada 100 mil nascimentos. Na AL a razão é de 60 mortes/100 mil nascimentos; no Caribe é de 175 mortes/100 mil nascimentos (OMS, 2015: 17).

⁸³ The major complications that account for nearly 75% of all maternal deaths are: severe bleeding (mostly bleeding after childbirth); infections (usually after childbirth; high blood pressure during pregnancy (pre-eclampsia and eclampsia); complications from delivery; unsafe abortion. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> . Acesso em 27/5/2017.

⁸⁴ “Historical and contemporary research show that there are many dimensions to disadvantage in addition to economic factors, which operate through subtle and indirect pathways to influence outcomes. Some of these societal factors are

Os fatores raciais que provocam a morte das mulheres têm sido debatidos dentro do conceito de racismo institucional. O debate sobre o racismo institucional foi inicialmente feito por ativistas do movimento negro. O conceito foi primeiramente usado nos anos 1960 por Stokely Carmichael (ANONIMO, 1999; LOPEZ, 2012), membro do Comitê de Coordenação Não-violenta de Estudantes (**Student Nonviolent Coordinating Committee – SNCC**) e **membro honorário do Partido Panteras Negras. Em termos gerais, refere-se à desigualdade de tratamento com base no pertencimento a certos grupos raciais e contrapõe-se à ideia de que seja o problema da “maçã podre” que explique as desigualdades raciais: não são individuais as práticas discriminatórias, mas institucionais. No âmbito do Estado, o racismo institucional consiste em**

“políticas públicas, normas e práticas institucionais que resultam tanto intencional quanto inintencionalmente em acesso diferenciado a recursos e a poder com base na raça. Os efeitos do racismo institucional podem resultar na separação de grupos raciais (i.e., segregação residencial), desinvestimento em comunidades racialmente mistas ou não-brancas e direcionamento de investimentos para comunidades homogêneas e brancas. Formas de racismo estrutural e institucional historicamente influenciaram serviços de saúde, educação, emprego e acesso a renda nos EUA” (MENDEZ et al, 2011:103, tradução livre⁸⁵).

Ira Katznelson (2005) demonstra historicamente como diferentes políticas públicas inicialmente favoreceram a população branca dos EUA, ao que ele caracteriza como “quando as ações afirmativas eram brancas”. Por exemplo, no caso das políticas habitacionais, as políticas do pós-guerra favoreceram a formação de espaços segregados de habitação ao criar entraves não claramente raciais às políticas de financiamento habitacional. As normas excluía dos critérios de qualificação para o financiamento profissões majoritariamente negras, burocratas contrários ao progresso de pessoas negras eram designados como implementadores locais das políticas e o estabelecimento de normas anti-racistas não era permitido no Congresso⁸⁶.

No Brasil, lógica similar foi aplicada ao final do período escravocrata. As políticas migratórias, de emprego e acesso à terra que financiaram a política de branqueamento da população brasileira, foi feita às expensas do abandono da população negra do país. Mais recentemente, o debate em torno do racismo institucional tem-se aprofundado (SILVERIO, 2004; LOPES, 2012). Em 2005,

group characteristics such as ethnicity, caste, or race, whereas others, such as marital status, social standing, self-esteem, or psychosocial stress, are specific to individuals” (RONSMANS GRAHAM, 2006: 1197).

⁸⁵ “policies, norms, and institutional practices that result in either intended or unintended differential access to resources and power based on race.^{27,28} The effects of institutional racism can result in a separation of racial groups (i.e., residential segregation) , disinvestment in racially mixed or nonwhite communities, and directing investment and resources into homogenous, all-white communities. Forms of structural or institutional racism historically influenced health services, housing, education, employment, and attainment of wealth in the US” (MENDEZ et al, 2011:103).

⁸⁶ Michelle Alexander (2012) demonstra como as políticas de encarceramento em massa e a guerra às drogas têm servido para produzir cidadãos de segunda classe nos EUA, sem acesso a direitos, tal como previa o Jim Crow na primeira metade do século XX.

foi lançada a Política Nacional de Combate ao Racismo Institucional. Nela, o racismo institucional é entendido como

“o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições organizações” (CRI apud LOPEZ, 2012:128).

Os estudos realizados em torno dessa temática ressaltam a prática do racismo institucional sobretudo nos serviços de saúde e no acesso à educação. No que tange ao atendimento em saúde, estudos demonstram que as mulheres negras em trabalho de parto são as que mais precisam peregrinar em busca de maternidades, esperam mais por atendimento e recebem menos procedimentos de alívio da dor (LEAL et. al, 2005; MARTINS, 2006 e 2007). De acordo com Suzana Kalckman et al,

“A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. A invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, determinam diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros. (KALCKMAN et. al, 2007: 148).

Um dos exemplos recorrentes da prática do racismo institucional nos serviços de saúde é a pequena atenção dada à anemia falciforme e a falta de conhecimento médico sobre a doença. Ela pode causar mortes em adultos e crianças. O mesmo aplica-se para o indevido controle de doenças hipertensivas entre mulheres negras grávidas.

“Segundo estimativas da OMS, nascem, anualmente, no Brasil, 2500 crianças com a patologia [anemia falciforme], das quais 20% morrem antes dos 5 anos de idade por complicações relacionadas a ela, por não ser um tema de domínio dos profissionais de saúde, há dificuldades para o diagnóstico adequado, o que contribui para o sub-registro dos óbitos causados por ela (Anvisa, 2005)” (KALCKMAN et. al, 2007: 152).

No Brasil, a razão de mortalidade materna em 1990 era de 104 mortes para cada 100 mil nascimentos. Em 2015, o número baixou para 44 mortes/100 mil nascimentos (OMS⁸⁷: 2017). De acordo com os Objetivos do Milênio das Nações Unidas, em 2015 o número de mortes maternas deveria ter caído em 75% em relação a 1990. Ou seja, em 2015 a razão de mortalidade materna no Brasil deveria ter chegado a 26 mortes de mulheres grávidas por 100 mil nascimentos de crianças vivas para que o país cumprisse a meta a que se propôs na Cúpula do Milênio. Na Tabela 2 apresentamos as principais causas de mortalidade materna entre 2000 e 2014 no Brasil, por Grande Região. As três principais causas de morte materna são classificadas pelo Ministério da Saúde dentro

⁸⁷ Dados disponíveis em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en> Acesso em 21/4/2017.

das categorias: “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte”⁸⁸; “transtorno hipertensivo na gravidez parto e puerpério” e “complicações do trabalho de parto e do parto”. A quinta causa mais comum de mortalidade materna é o aborto, o que ressalta o desafio que esta questão representa para as políticas de saúde para as mulheres no Brasil.

Tabela 2 – Número de óbitos maternos por Grupo CID-10 segundo Grandes Regiões (2000-2014)

Grupo CID-10	Total - Brasil e Grandes Regiões					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	6.094	489	2.222	1.951	897	535
Edema proteinúrico e transtorno hipertensivo na gravidez, parto e puerpério	5.759	715	2.216	1.881	505	442
Complicações do trabalho de parto e do parto	4.031	552	1.441	1.224	492	322
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	3.512	472	1.259	1.147	400	234
Gravidez que termina em aborto	2.079	269	644	815	200	151
Assistência à mãe motivada por feto na cavidade amniótica e problemas relacionados ao parto	1.720	227	579	633	184	97
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez	875	72	243	321	159	80
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	746	62	120	389	143	32
Síndrome comportamental associada a disfunção fisiológica e fatores físicos	30	3	19	5	1	2
Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	7	2	2	2	1	-
Outras doenças bacterianas	3	1	1	-	1	-
Transtornos de outras glândulas endócrinas	1	-	-	1	-	-
Total	24.857	2.864	8.746	8.369	2.983	1.895

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Elaboração: Layla Carvalho

No Gráfico 1 é possível observar que no acumulado entre 2000 e 2015, mais de 50% das mortes de mulheres gestantes foi de mulheres negras. Alaerte Martins (2006) demonstra que a razão da mortalidade materna entre as mulheres no Brasil é muito diferente: para o país a RMM entre 2000 e 2002 era de 63,21 mulheres/100 mil nascidos vivos. No mesmo período a RMM de mulheres brancas era de 49,25 e a de negras 245,4 (sendo 213,59 para mulheres pardas e 407,05 para mulheres negras).

⁸⁸ Estão incluídas nessa categoria: Sequelas de complicações da gravidez, parto e puerpério; Morte obstétrica de causa não especificada; Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto; Morte por sequelas de causas obstétricas diretas; Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério; Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério (Ministério da Saúde, *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Notas técnicas*. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Ob_Mu_Id_Fertil_Mat_1996_2012.pdf, acesso em 20/3/2017).

Gráfico 1 – Distribuição do total de óbitos maternos por raça/cor – Brasil (2000-2015)

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. **Elaboração:** Vinicius Sousa

O Gráfico 2 demonstra uma dinâmica relevante para a análise da mortalidade materna entre 1996 e 2014 no que diz respeito às determinantes raciais no atendimento de gestantes. Assim como na Tabela 1, no Gráfico 2 é possível perceber claramente a melhoria da geração de dados sobre raça/cor na medida em que o número de casos “Ignorados” cai amplamente a partir de 1998. Além deste, o dado mais marcante do Gráfico é o crescimento da diferença entre o número de óbitos maternos entre mulheres negras e as demais mulheres. O número é crescente desde que os dados sobre raça/cor passaram a ser sistematicamente informados, o que denota que essa mortalidade sempre foi maior que a das demais mães e que tal evento nunca foi tratado por políticas sistemáticas para lidar com a mortalidade de gestantes negras. Entre as medidas sugeridas para a redução da mortalidade materna, Martins (2006) ressalta que

Para as mulheres negras, a existência do quesito cor nos documentos oficiais foi o primeiro passo para redução das desigualdades, entretanto ainda são necessários o treinamento e a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da atenção à saúde, registro e análise dos dados sobre raça/cor/etnia” (MARTINS, 2006: 2478).

Gráfico 2 – Número de óbitos maternos segundo raça/cor (1996-2014)

Entre as causas de mortalidade entre gestantes, ressaltamos as diferenças de mortalidade entre mulheres brancas e negras (Gráfico 3). Com exceção do último caso (Transtornos de outras glândulas endócrinas), em todas as causas morte o número de mulheres negras é maior do que os demais grupos raciais.

Em termos relativos ao total de mortes maternas, entre as mulheres negras as três principais causas de morte são “Outras doenças bacterianas”, “Edema proteinúrico e transtorno hipertensivo durante gravidez, parto e puerpério” e “Gravidez que termina em aborto”. Para as mulheres brancas⁸⁹, as causas relativas ao total mais comuns são “Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]”, “Outros transtornos maternos relacionados a gravidez” e “Outras afecções obstétricas NCOP”⁹⁰. Essas causas de mortalidade estão largamente relacionadas à qualidade de atenção seja no pré-natal (particularmente para os transtornos hipertensivos e o HIV), seja no puerpério (atenção à infecção hospitalar e aos restos de parto no caso das “Outras doenças bacterianas”). O combate ao conservadorismo e à criminalização do aborto podiam também reduzir o número de mulheres negras que morrem em decorrência de abortos inseguros.

Em 2014, o Brasil teve aproximadamente três milhões de nascimentos. No total, no mesmo ano, tivemos 1.739 mortes maternas. Isso implica uma razão de mortalidade materna de aproximadamente 58 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Considerando a mortalidade apenas de mulheres não-negras (brancas, amarelas e indígenas), a razão de mortalidade materna pode chegar até a 20 mulheres por 100 mil nascidos vivos para o mesmo ano, o que faria que o país alcançasse a meta de redução de 75% da mortalidade materna em relação aos dados de 1990. Frente a esses dados, é possível afirmar que existe um forte viés racial na mortalidade materna, que acontece não apenas no Brasil, como em outros países do mundo, sejam eles desenvolvidos ou não. Como indica a literatura, a qualificação do atendimento das mulheres negras e o combate do racismo institucional poderiam provocar uma redução significativa do número de mortes maternas, capacitando o país a cumprir com suas obrigações internacionais.

Nos anos 2000, no Brasil, os principais programas lançados na área de saúde da mulher são a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 e o programa Rede Cegonha, lançado em 2011. Neste capítulo apresentaremos algumas das tensões em torno do debate da mortalidade materna e particularmente em torno da adoção desta política em 2011. O capítulo está organizado em cinco seções. Na primeira apresento os debates em torno da construção dos ODMs. Na segunda, os debates internacionais e nacionais sobre a humanização do parto. Na terceira, as políticas para as mulheres lançadas nos anos 2000. Na quarta, as articulações dos

⁸⁹ Vamos excluir o caso de “Transtornos de outras glândulas endócrinas”. No período observado foi registrada apenas uma morte dentro desse grupo da CID-10, o que não nos permite comparação seja entre as mulheres brancas, seja entre grupos raciais diferentes.

⁹⁰ Outras infecções bacterianas NCOP são infecções não ligadas diretamente a gravidez e podem ser pneumonias, meningites e outras.

movimentos de mulheres, a criação da Articulação de Mulheres Negras Brasileiras bem como seu papel na defesa da saúde das mulheres negras e a reação das redes de mulheres em reação às políticas de saúde para as mulheres nos anos 2000. Na quinta seção apresento minhas conclusões quanto às articulações entre nacional e transnacional nas políticas recentes de saúde para as mulheres.

1. Mortalidade materna em perspectiva internacional: os Objetivos do Milênio

Entre 6 e 8 de setembro do ano 2000, na sede das Nações Unidas em Nova Iorque, reuniram-se aproximadamente 190 Chefes de Estado para a Cúpula do Milênio. Nesta reunião, os países membros das Nações Unidas construíram a Declaração do Milênio – Resolução 55/2 da Assembleia Geral da ONU – em que se comprometeram com alguns valores e eixos para a garantia da paz e um uso benéfico da globalização para as pessoas mais vulneráveis no planeta. Os valores destacados foram os de liberdade, equidade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidade compartilhada. Foram desenhados objetivos-chave em torno de seis eixos: paz, segurança e desarmamento; desenvolvimento e erradicação da pobreza; proteção do meio ambiente compartilhado; direitos humanos, democracia e boa governança; proteção dos vulneráveis; atender as necessidades específicas do continente africano e o fortalecimento das Nações Unidas. Como forma de combater a pobreza extrema, os países presentes na Cúpula do Milênio comprometeram-se a uma série de metas, dentro de oito grandes objetivos, denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo eles: 1 - Acabar com a fome e a miséria; 2 - Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 - Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 - Reduzir a mortalidade infantil; 5 - Melhorar a saúde das gestantes; 6 - Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7 - Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e 8 - Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

Entre as críticas elaboradas em relação à proposição desses objetivos e do documento final da Cúpula do Milênio destacam-se a falta de criação de mecanismos de responsabilização dos Estados nacionais e de garantia de que tais objetivos teriam orçamentos e ações adequadas para serem alcançados:

“O documento sobre os ODM faz apenas ligeiras referências aos direitos humanos e ao Estado de direito, mas não contém mecanismos que garantam justiciabilidade aos cidadãos e não adota, de forma geral, uma linguagem jurídica. Ao contrário, é elaborado como um ‘pacto entre nações’, um documento de estrutura ampla que utiliza indicadores econômicos e demográficos como medidas de progresso; um exercício numérico baseado em necessidades, por assim dizer; e uma lista de intenções sobre o que precisa ser feito” (AZZAM, 2005: 23).

Por sua vez, Ashwani Saith (2006) ressalta a distância entre os ODM e a definição de desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). Saith pontua que muitos dos indicadores para acompanhar os ODMs foram escolhidos com base em metodologias do Banco Mundial, trazendo escolhas que são pouco efetivas em termos de sustentabilidade de resultados, capacidade de atender a diferentes culturas, e capacidade de comparação entre países, dada a diferença na obtenção dos dados. Saith também enfatiza que a criação dos ODMs e suas metas podem causar vieses perniciosos de atuação dos governos no que tange à busca de determinadas metas em detrimento de outras necessidades das populações locais, dado que os governos são os principais interessados em cumprir as metas, ao mesmo tempo em que são os produtores e divulgadores dos dados apresentados às Nações Unidas. Para além desses problemas práticos, há também os problemas de concepção dos ODMs, sendo o silêncio sobre as desigualdades crescentes no mundo e o déficit democrático algumas das maiores dificuldades. Saith ressalta ainda a falta de uma perspectiva mais universalista da construção dos ODMs:

“Ainda que a construção afirme ser dirigida por valores universais partilhados, a estrutura e o texto que acompanham os ODMs é insuficientemente global em sua abordagem. Eles tendem a ghetificar o problema de desenvolvimento e o localiza firmemente no Terceiro Mundo – como se o desenvolvimento fosse fundamentalmente e exclusivamente uma questão absoluta de níveis de vida. O que aconteceu com a pobreza e a privação nas economias avançadas?” (SAITH, 2006: 1184, tradução livre⁹¹).

A conclusão a que se chega é que provavelmente os ODMs mais escondem que revelam problemas, ainda mais quando se pensa que a prestação de ajuda internacional é uma boa forma de aumentar ganhos financeiros de investidores internacionais, reiterando os processos de hierarquização entre o Norte e o Sul globais.

Por sua vez, Paul Nelson (2007) ressalta que falar de objetivos e falar de direitos são duas dimensões muito diferentes de abordar o desenvolvimento humano. Enquanto a ideia de objetivos está desvinculada a uma atuação compulsória do Estado em relação a suas cidadãs, a perspectiva de direitos tem em si uma vinculação de responsabilidade estatal para a garantia do exercício de tais direitos. Além disso, o desrespeito aos direitos pode ser fonte de controvérsias jurídicas, que permitam a proteção dos direitos das cidadãs. O estabelecimento de objetivos, que não implicam sanções aos Estados e governos por seu descumprimento, tem efeito duvidoso em termos de ganhos para as pessoas. Nelson ressalta ainda críticas de organizações como a Oxfam, que ressaltam a

⁹¹ “Even though it professes to be propelled by shared universal values, the entire MDG scaffolding and accompanying text is insufficiently global in its approach. It tends to ghettoize the problem of development and locates it firmly in the third world – as if development is fundamentally and exclusively an issue of absolute levels of living. Whatever happened to poverty and deprivation in the advanced economies?” (SAITH, 2006: 1184).

necessidade de que a ideia de desenvolvimento humano deixe de ser vinculada a uma ideia de bem-estar social fixa no tempo e passe a dar maior ênfase à noção de direitos humanos, que legitima a defesa de justiça social (2007: 2044). Na seara dos direitos humanos, as críticas são feitas ao sistema de ajuda internacional. Nowak-Lehmann et al. (2012) demonstram que os ganhos financeiros desse tipo de ajuda são maiores para os países que prestam a ajuda do que para os países que as recebem. Essa dinâmica tanto é causada porque a ajuda termina por incentivar a presença de empresas dos países doadores nos territórios em que a ajuda é realizada, com impactos nocivos para os negócios locais, quanto porque podem financiar a corrupção nos territórios de destino, uma vez que “os fluxos de ajuda internacional privilegiam laços históricos e culturais em vez de necessidade ou mérito” (TAVARES, 2003: 100), pouco atuando para quebrar a lógica de desigualdades que prevalecia antes da chegada da ajuda internacional (ALLESINA e DOLLAR, 2000; TAVARES, 2003; BUSSE e GRÖNNING, 2009; NOWAK-LEHMANN, 2012; COHEN, 2013).

O governo brasileiro como forma de alcançar os ODM e incluir a participação social em sua busca desenvolveu o *Prêmio ODM Brasil*. Essa premiação é voltada para prefeituras e organizações da sociedade civil com ações que favoreceram o cumprimento das metas e ODMs. Entre os oito objetivos, o país cumpriu completamente dois: a redução da mortalidade infantil e o incentivo da participação social para o desenvolvimento. Outros, como a redução da mortalidade materna, que nos interessa especialmente, como vimos na seção anterior, não foram cumpridos.

O que destacamos neste debate sobre os ODMs é que a formatação de grandes objetivos internacionais cujas origens estão dispersas em diferentes documentos das Nações Unidas e com pouca interlocução das sociedades civis para a sua formulação e indicação local de interesses tendem a criar iniciativas com resultados sociais duvidosos. No caso brasileiro, o discurso em torno dos ODMs, especificamente da redução da mortalidade materna, foi usado como justificativa para a mudança do paradigma de saúde da mulher em 2011. Essa mudança foi entendida pelos movimentos feministas como um retrocesso e um ataque aos direitos reprodutivos das mulheres, uma política formulada sem a exata compreensão das condições que levam às mortes maternas no país.

Os movimentos de mulheres em torno dos direitos reprodutivos e da humanização do parto e nascimento: atuação interna e internacional

“Nós abrimos mão do êxtase do parto por uma experiência estéril, segura e vazia” (Helaine Selin, 2009: xv, tradução livre⁹²).

⁹² “We have given up the ecstasy of childbirth for a sterile, safe, vacant experience” (Helaine Selin, 2009: xv).

“O fato é que foi a industrialização do parto, não o parto em si, que trouxe o medo do parto para as mulheres, tal como elas o sentem hoje” (Robbie Davis-Floyd e Melissa Cheney, 2009:9, tradução livre⁹³).

O movimento pela humanização do parto e nascimento é, ao redor do mundo, mais comumente entendido como a defesa do parto em casa ou em defesa das parteiras. Em larga medida, ele é uma reação ao processo de medicalização do parto, entendida como a reprodução do modelo industrial no cuidado dos corpos, distanciando as pessoas das suas habilidades naturais e da natureza (DAVIS-FLOYD, 1994, 2001 e 2009). O modelo médico-tecnocrático combina uma lógica em que o corpo feminino é representado como uma máquina inferior ao corpo masculino e que as especificidades biológicas como menstruação, gravidez, parto e menopausa colocam as mulheres em constante risco de pane de funcionamento:

“Sob o modelo tecnocrático, o corpo das mulheres é visto como anormal, imprevisível e uma máquina inerentemente defeituosa. Durante a gravidez e o parto, as demandas não-usuais postas sobre a máquina do corpo feminino colocam-na em risco constante de sério mau-funcionamento ou completo colapso” (DAVIS-FLOYD, 1994: 1127, tradução livre⁹⁴).

Christa Craven (2010) argumenta que o movimento por parteiras e pelo parto em casa é uma continuação do movimento iniciado nos anos 1960 e 1970 do parto natural. Suzana Tornquist (2004), no mesmo sentido, defende que esse movimento estaria vinculado a uma reação à prática do parto sem dor, que implicava no começo do século XX o uso de alucinantes e amarração das mulheres às macas como forma de superar a dor vinculada ao pecado original e que as mulheres teriam que sofrer durante o parto. Assim, o movimento nasce bastante voltado para um processo de devolver às mulheres seu protagonismo durante o parto, tornando-as capazes de decidir, de acordo com suas necessidades fisiológicas, a melhor forma de parir. O movimento de recuperação se dá tanto por meio do questionamento das práticas médicas, às quais se acusa o caráter experimental e não científico, quanto pela revalorização de saberes e práticas históricas e culturalmente comuns entre diferentes sociedades, particularmente de atuação das parteiras e de sua função de apoio às mulheres no momento do parto:

“Até a Era Industrial, apenas há 250 anos, as práticas culturais associadas com o parto eram relativamente uniformes. Mulheres ao redor do mundo podiam se movimentar livremente durante o trabalho de parto, mudar de posição frequentemente como um método de gerenciar a dor associada com as contrações e a dilatação cervical. Elas comiam e bebiam como lhes

⁹³ “In fact, it was the industrialization of birth, not birth itself, that gave women the fear of birth they have today” (Robbie Davis-Floyd e Melissa Cheney, 2009:9).

⁹⁴ “Under the technocratic model the female body is viewed as an abnormal, unpredictable and unherently defective machine. During pregnancy and birth, the unusual demands placed on the female body-machine render it constantly at risk of serious malfunction or total breakdown” (DAVIS-FLOYD, 1994: 1127).

aprouvesse dentro dos limites do que era considerado aceitável, nutritivo e seguro para mãe e bebê. Elas eram apoiadas por outras mulheres a quem elas conheciam bem, em um lugar que era familiar a elas – normalmente a casa delas ou a casa de uma parente. Elas partejavam e pariam em posições verticais, usando conhecimento instintivo para expandir o tamanho da pelve, aproveitar a gravidade e a maximizar a eficiência dos músculos abdominais enquanto empurravam. Elas desenvolveram artefatos como bancos e cadeiras de parir, jogavam cordas sobre vigas para puxar, pariam em macas flexíveis e usavam postes para apoiar e facilitar o parto vertical. As parteiras se ajoelhavam em frente das mães para receber os bebês (DAVIS-FLOYD e CHEYNEY, 2009: 8, tradução livre⁹⁵).

O argumento do movimento é da necessidade de questionar que as mulheres sejam obrigadas a deitar-se em macas hospitalares, afastadas de suas famílias, submetidas a trabalhos de parto longos sem direito à alimentação ou ingestão de qualquer líquido como forma de realizar um trabalho de parto hígido, com menores riscos de morte para a bebê. Essas técnicas ao desacreditarem as mulheres como capazes de decidir a melhor forma de parir descredenciaram as parteiras e criaram uma aura de medo em torno da gravidez e do parto. Com o medo em torno da morte e a tentativa constante de redução da dor de parir, a cesárea surge como opção mais eficiente para reduzir também a morte de mulheres e de bebês e torna-se a principal resposta obstétrica para lidar com o momento do parto. Além de prevenir a dor e a provável morte, a cesárea evita quaisquer mudanças na estrutura da pelve das mulheres (DAVIS-FLOYD, 1994), o que sexualmente é propagado como uma vantagem. Nessa lógica tecnificada, as mulheres deixam de ser agentes durante o parto e passam a ser entendidas como recipientes que contêm uma carga com valor: a criança.

A proposta das ativistas envolve então a redução das intervenções médicas e técnicas no corpo das mulheres, a liberdade para decidir as melhores posições para parir, assim como um retorno da valorização dos saberes das parteiras. O desrespeito às mulheres é entendido de maneira ampla e acontece tanto quando a técnica se sobrepõe às decisões autônomas das mulheres em trabalho de parto, quanto quando sua identidade de mulher é subsumida ao seu papel materno, como descreve Rosamaria Carneiro:

“Entre as adeptas da humanização opera a perspectiva de que o corte, a incisão abdominal ou a perineal, bem como o soro intravenoso ou as manobras físicas podem vir a ser invasivos e desrespeitosos, o que sugere uma ideia de corpo que se percebe agredido quando não deveria sê-lo, porque o tomam segundo uma noção de corpo integral. Por outro ângulo, serem

⁹⁵ Up until the Industrial Age just 250 years ago, the essential cultural practices associated with childbirth were relatively uniform. Women all around the world moved freely during labor, changing positions frequently as a method for managing the pain associated with labor contractions and cervical dilation. They ate and drank as they pleased within the cultural confines of what was considered acceptable, nourishing and safe for the mother and baby. They were attended by other women whom they knew well, in a place that was familiar to them – usually in their home or in the home of a female relative. They labored and birthed in upright positions using instinctive knowledge to expand the size of the pelvis, capitalize on gravity, and to maximize the efficiency of the abdominal muscles needed for pushing. They developed artifacts like birthing stools and chairs, threw ropes over beams to pull against, birthed in flexible hammocks, and used poles for support in order to facilitate upright birth. Midwives knelt down in front of the upright mothers to receive their babies” (DAVIS-FLOYD e CHEYNEY, 2009: 8).

chamadas de *mãezinha* pelos profissionais que as assistem, ao gerar significativa insatisfação, põe em questão o que entendem ser a expressão de sua infantilização e de um processo que as tornavam assexuadas e inferiorizadas” (CARNEIRO, 2015: 283).

A autonomia e o respeito das escolhas da mulher no momento do parto por todas as profissionais que a estejam acompanhando tem um nível simbólico grande e falhas em evitar a intervenção médica no corpo grávido pode ter implicações na capacidade de ser mãe ou no caráter da criança nascida:

“A questão do êxtase [no trabalho de parto] é uma fonte real de preocupação. Em um estudo recente (2008), paradoxalmente da Universidade de Yale, James Swain e sua equipe descobriram que mães de bebês nascidos naturalmente são mais sensíveis a escutar sua criança chorar que aquelas mães que tiveram cesáreas. Áreas do cérebro relacionadas com o humor também eram mais ativas nas mães que pariram suas crianças por parto natural. Uma explicação é que o hormônio liberado durante o parto, ocitocina, não é liberado durante a operação cesárea” (SELIN, 2009: xv, tradução livre⁹⁶).

“Estudos realizados nos Estados Unidos sugerem que pessoas que nasceram de parto normal são mais equilibradas emocionalmente, e que pessoas nascidas por cesárea têm maior necessidade de se apoiar em outras. Há também um trabalho que estudou a associação entre a delinquência e o nascimento por cesárea” (SILVA, 2005: 84).

Em última instância, a forma de nascer determinaria a forma como as sociedades funcionam: “para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”. A frase é citada por inúmeros grupos de discussão sobre parto e é atribuída a Michel Odent. Odent é obstetra, um dos precursores do movimento pela humanização do parto, que defende que a forma como uma pessoa chega ao mundo determina a sua capacidade de relacionar-se com as outras pessoas e interagir com o mundo: “nos anos 1980 já havia razões teóricas para afirmar que a forma como nascemos pode ter consequências de longo prazo” (ODENT, 2013: e-book, tradução livre⁹⁷). Uma recepção calorosa e humanizada das pessoas que nascem, cercada por um ambiente de compreensão e suporte à mulher que está parindo pode mudar profundamente a organização social. Davis-Floyd sustenta que a “verdadeira questão não é o que é ‘melhor’ de forma absoluta, mas que aspectos da cultura são expressas e perpetuadas, que lições culturais são ensinadas e apreendidas durante a produção de novos membros da sociedade” (DAVIS-FLOYD, 1994: 1138, tradução livre⁹⁸).

⁹⁶ “The matter of ecstasy is a real source of concern. In a recent study (2008), paradoxically at Yale University, James Swain and his team discovered that mothers of babies born naturally were more sensitive to hearing their own child’s cry than those who had caesarean births. Brain areas related to mood were also more active in mothers who had delivered their children via natural birth. One explanation was that the hormone released during birth, oxytocin, is not released during the cesarean operation” (SELIN, 2009: xv).

⁹⁷ “In the 1980s there were already theoretical reasons to claim that the way we are born might have long-term consequences” (ODENT, 2013: e-book)

⁹⁸ “The real issue is not what is “best” in any absolute sense, but what aspects of culture are expressed and perpetuated, what cultural lessons are taught and learned during the production of new social members” (DAVIS-FLOYD, 1994: 1138).

O movimento internacional pela humanização do parto possui elementos bastante diferentes entre si: por um lado, como veremos na próxima seção, há uma demanda pelo reconhecimento de direitos e da defesa da autonomia das mulheres gestantes. Por outro, questiona-se o poder e a sabedoria médicas com base em argumentos que oscilam entre cientificidade, tradição e espiritualidade.

1.1. Paradoxos do movimento pela humanização do parto e nascimento: feministas ou consumidoras?

“Muitas apoiadoras das parteiras inicialmente ficaram hesitantes em descrever a luta delas como uma por direitos reprodutivos em razão da associação com os esforços feministas em relação ao aborto e contracepção” (CRAVEN, 2010: 2).

“Ao receber o apoio de uma doula, a lembrança será positiva, mesmo que a grávida não tenha conseguido o parto dos seus sonhos” (Fadyinha, 2005:97).

A defesa de autonomia decisória e do protagonismo das mulheres durante o parto remete-nos muito facilmente à ideia de que as defensoras do parto humanizado são feministas ou que assim se reconheçam. No entanto, apesar da origem do movimento estar vinculada a lutas feministas dos anos 1960 e 1970 (TORNQUIST, 2004; CRAVEN, 2010), atualmente existe uma resistência por parte das ativistas deste movimento em se identificarem como feministas. Essa relação de afastamento do feminismo é percebida tanto internacionalmente como no Brasil, como mostram os excertos de Craven e de Carneiro:

As organizadoras do movimento de parteiras – incluindo aquelas que se identificam como pró-escolha ou pró-vida – adotaram a linguagem de ‘direitos’ e ‘escolha’ para descrever a importância de expandir as opções de cuidado materno para as mulheres. (...) Na última década, organizadoras também começaram a elencar o acesso a parteiras como uma questão de ‘direito de consumidora’ – direito de escolher das mulheres que foi restringido por políticas públicas mal informadas sobre parteiras e parto em casa” (CRAVEN, 2010: 2, tradução livre⁹⁹).

“Um conjunto de mulheres, usuárias do sistema de saúde privado brasileiro, não necessariamente adeptas das reivindicações feministas. Sendo, em alguns casos, até mesmo um pouco resistentes a esse movimento, passaram a se organizar como consumidoras dos serviços médicos e hospitalares, em torno da crítica da prática obstétrica. Elas procuravam indagar a razão de determinados procedimentos, em nome do desejo de parirem de acordo com suas crenças, estilo de vida, ética e autodeterminação” (CARNEIRO, 2015: 38).

Carneiro defende que o processo de distanciamento dos feminismos, no caso brasileiro, refere-se a uma reação de mulheres filhas de feministas e que agora, dadas as conquistas realizadas por

⁹⁹ Midwifery organizers— including those who identify as pro- choice and pro- life—have adopted the language of “rights” and “choice” to describe the importance of expanding women’s maternity care options. (...) Over the past decade, organizers have also begun to cast access to midwifery as a “consumer rights” issue— one in which a woman’s “right to choose” has been restricted by ill- informed public policies concerning midwives and homebirth. (CRAVEN, 2010: 2).

gerações anteriores, questionam a necessidade do feminismo como um movimento político. Ao mesmo tempo, a lógica que guia a formação dessas ativistas é a participação conjuntural no movimento pelo humanização do parto, em geral, vinculada com o período de gestação ou a participação de longo prazo como profissionais que prestam serviços a mulheres gestantes.

A lógica do consumo não só se coloca para as gestantes, mas também para as profissionais envolvidas com o parto. O trabalho das parteiras torna-se commodity de qualidade, que passa a receber o apoio de legisladores capazes de aprovar leis regulamentando o exercício da função de parteira. Sendo esse produto mais facilmente aceito pelos legisladores do que a ideia de que as mulheres podem dispensar os cuidados médicos no momento do parto.

Assim, a busca do movimento de humanização do parto e nascimento é um movimento em busca de direitos, mas uma busca de direitos de indivíduos civis na sociedade de consumo e não de indivíduos políticos. A defesa de direitos do consumidor tem maior capacidade de ressonância entre mulheres que podem pagar para serem consumidoras, enquanto exclui mulheres que não podem pagar e tem suas escolhas reprodutivas reduzidas a poucas opções. Assim, não se constrói um movimento por direitos reprodutivos que englobe um grupo heterogêneo de mulheres:

“Apesar de que o ‘poder do consumidor’ ressoa com mulheres de classe média ou ricas que querem dar à luz em casa, é menos aplicável para famílias de baixa renda buscando cuidado de parteiras. Pessoas que em geral têm menos ‘escolhas’ na sua saúde reprodutiva” (CRAVEN, 2010: 2, tradução livre¹⁰⁰).

O foco nos direitos de consumidora restringe o debate do campo da humanização do parto e nascimento, assim como nos anos 1970 e 1980 a bandeira do aborto dominou os debates em torno dos direitos reprodutivos. Craven ressalta o papel das mulheres não-brancas, articuladas em torno do conceito de justiça reprodutiva para fazer os debates sobre direitos reprodutivos avançarem no momento em que a única bandeira mobilizadora era a descriminalização e a legalização do aborto. A autora ressalta a necessidade de que o movimento por parteiras e pela humanização do parto seja capaz de romper com as barreiras de classe que se colocam na atualidade, por meio da defesa não de direitos de consumidora, mas como direitos amplos de saúde reprodutiva.

Sobre as dificuldades do acesso ao parto humanizado no Brasil e o perfil de classe vinculado ao acesso a esse tipo parto e discussão, destacamos as análises de Fadynha e de Carneiro:

“Tenho o desejo de que chegue o momento em que todas as mulheres de todas as classes sociais, possam ter uma doula na hora do parto” (Fadynha, 2005:100).

¹⁰⁰ “Yet while ‘consumer power’ often resonates with middle- class and affluent homebirthers, it has been less applicable to the low- income families seeking midwifery care, who frequently have far fewer “choices” in their reproductive healthcare” (CRAVEN, 2010: 2).

“Não se pode negar que a vontade de um parto natural também existe entre as atendidas pelo SUS, mas aparentemente é bem mais presente entre as mulheres atendidas na rede privada de saúde. Esse dado, então, poderia indicar um importante recorte de classe no universo do parto humanizado no Brasil contemporâneo” (CARNEIRO, 2015:68-9).

Os excertos demonstram que há claro um viés de classe no acesso ao parto humanizado. Em larga medida, são as mulheres atendidas por planos de saúde privados as que problematizam o tipo de parto que desejam ter. Em seu manual para doulas, Fadyinha as instrui a sugerir ao casal que se encontre previamente com o neonatologista para conhecê-lo. Mas, caso o parto aconteça na rede pública de saúde, as mulheres não sabem ao certo em que local parirão, muito menos a equipe que estará presente no momento do nascimento da criança. O viés de classe está não só no debate em torno dos métodos de parto disponível, mas também na construção das sugestões do movimento, que aparentemente foge à lógica do atendimento oferecida nas maternidades e hospitais da rede pública de saúde.

1.2. Humanização do parto no Brasil: alguns debates, a ReHuNa e suas conexões internacionais

No Brasil, a humanização da saúde é uma bandeira presente desde os anos 1990. Em grande medida, as propostas de humanização visavam a garantir o processo de implementação do SUS e reduzir o sofrimento das pessoas atendidas na saúde pública. A humanização não se restringe unicamente ao movimento de humanização do parto, mas compreende também esse momento, sendo o parto humanizado entendido como

“aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado” (CARNEIRO, 2015: 37).

Como destacamos no Capítulo 1, a ReHuNa é uma das lideranças do movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil e no mundo. Foi criada no início da década de 1990, com o objetivo expresso de melhorar as formas de nascer no país. Susana Tornquist (2004) e Carneiro (2015) ressaltam o reconhecimento da ReHuNa como liderança do movimento internacional em torno do parto:

“Durante sua realização [da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento], o Brasil foi apontado como a atual liderança do movimento por outra forma de assistência ao parto, dado o grau de sua mobilização e a crescente (re)hospitalização do parto em países outrora considerados ícones de uma assistência mais natural, como é o caso da Inglaterra e da Holanda” (CARNEIRO, 2015: 39).

Entre as questões que a ReHuNa se coloca e que tem impulsionado a abertura de espaços de diálogo é o número excessivo de cesáreas realizadas no Brasil. Como pontuamos no Capítulo anterior, ativistas dos movimentos de mulheres e feministas vinculam o número crescente de cesáreas à prática da esterilização nos anos 1980. Depois, a praticidade do modo, que permite marcar dia e hora e favorece a gestão dos quartos de hospitais torna-se o método preferido, sobretudo entre mulheres que

usam hospitais privados, com partos com hora marcada. De acordo com o MS, em 2016, 84% dos partos realizados em hospitais privados foram cesarianas¹⁰¹. Na rede pública, 40%, o que gera uma média nacional de 54% de partos via cesárea. A taxa recomendada pela OMS é de 15% (UNICEF, 2017: 5).

“O uso abusivo da tecnologia (como as cesarianas desnecessárias) tem contribuído para a desumanização da assistência, além de acarretar o aumento da mortalidade e de morbidade materna e perinatal, isso sem mencionar o desperdício dos escassos recursos do setor de saúde” (GENP, 2005: 69).

As cesarianas são mais caras pela necessidade de mais intervenção técnica, da disponibilização de uma larga equipe responsável – obstetras, anestesistas, pediatras – que vai atuar por alguns momentos junto às parturientes. Além disso, os riscos de complicações pós-parto são maiores: chances de infecção, fragilização e morte da mulher como resultados recorrentes.

Assim como nos demais países, as mulheres que recorrem ao movimento pela humanização do parto são mulheres

“de camadas médias, heterossexuais, urbanas, de aproximadamente 30 anos, casadas, vinculadas a planos de saúde privados, conectadas à internet, críticas da realidade obstétrica e tendo noções de escrita e leitura” (CARNEIRO, 2015: 107).

O viés de classe provoca também um viés racial: uma das dificuldades da ReHuNa é conseguir incluir a abordagem racial e étnica em seu ativismo. Em larga medida, as profissionais e mulheres que buscam o movimento são mulheres brancas. Durante a IV Conferência Internacional sobre parto e nascimento, que ocorreu em 2016, em Brasília, a tentativa de incluir a questão racial nos debates promovidos pela ReHuna foi bastante evidente: no momento da inscrição as participantes recebiam gratuitamente um exemplar da revista acadêmica Temas de saúde coletiva que tinha como tema da edição “Nascer com equidade: humanização do parto e nascimento: questões raciais/cor e de gênero”.

A edição foi organizada em torno do projeto de humanização da maternidade do Hospital Geral de São Mateus, em São Paulo. A iniciativa da maternidade baseou-se nos diferenciais de assistência à saúde em São Paulo. Pesquisa realizada em 2005 pela Secretaria de Saúde do Estado apresentou entre suas conclusões que “mulheres negras morriam 6,4 vezes mais que a média do estado. Quando comparada a razão da mortalidade materna por raça/cor no período 1999-2005, verificou-se que as mulheres negras morriam de seis a dez vezes mais que as brancas” (KALCKMANN et al, 2010:15-16). Esses diferenciais motivaram a criação de um projeto de humanização feito em convenio entre a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo (SES SP) e o

¹⁰¹ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/governo-federal-quer-reduzir-cesariana-desnecessaria>
Acesso em 29/5/2017.

Ministério de Saúde. A escolha do Hospital Geral de São Mateus foi justificada por sua história, localização no território e composição demográfica: “região de maior proporção de população negra no município de São Paulo, é hospital próprio da SES SP possui uma relação histórica com a comunidade da região (o hospital é fruto das reivindicações do movimento de saúde da zona leste)” (Idem, 2010:16). A revista apresenta textos acadêmicos de análise da epidemiologia da população negra em São Paulo, as iniciativas desenvolvidas dentro do projeto – a incorporação de acompanhantes durante o trabalho de parto humanizado e as palestras de formação oferecidas às profissionais do hospital.

Além da distribuição da revista, foram organizadas mesas e painéis em torno da questão racial no acesso ao parto humanizado. Coincidentemente, nas mesas em que se tratava dos diferenciais raciais de acesso, a presença de profissionais de saúde pública costumava ser maior que as de saúde privada. Daphne Rattner aponta que havia três mensagens principais ou recados nas mesas redondas organizadas para a IV Conferência:

“A primeira foi a questão das diferenças étnico-raciais. Porque eu acho que é uma forma de violência o racismo, que a gente precisa estar alerta e precisa apontar caminhos. Eu sou muito do tipo que acha que não basta criticar, tem que apontar caminhos. A gente aponta caminhos: a gente trouxe o Luís Eduardo que fez essa intervenção fantástica no hospital de São Mateus para contar da intervenção que ele fez. Levou dois anos? Levou. Por que? Porque mudança de cultura não se faz de um dia para o outro. Esse foi o primeiro recado. (...) O segundo recado foi a interculturalidade, é claro. Esse é um problema que a gente tem. A gente tá tratorando as culturas indígenas, as culturas ribeirinhas. As pessoas que trabalham no setor de saúde não estão sintonizadas na necessidade de respeitar o contexto cultural em que elas estão trabalhando. Elas acham que sabem e tratoram com aquilo que elas acham que sabem aquilo que as pessoas estão fazendo. Então o segundo era interculturalidade. E o terceiro, que era para finalizar, era apontando caminhos. Vamos ter um decálogo, os dez passos de como a gente faz essa mudança e começar a trabalhar para que os serviços adotem essas mudanças. Então esses três recados eu acho que foram dados. Agora, se o Brasil vai adotar ou não esses dez passos, é uma questão do Brasil. (Entrevista Daphne Rattner, 14/5/2017).

Os dez passos a que se remete Rattner foram definidos pela Organização Internacional pelo Nascimento MãeBebê (International MotherBaby Childbirth Organization – IMBCO) como a “Iniciativa Internacional pelo Nascimento MãeBebê (IMBCI). Esses dez passos reiteram os princípios de respeito às evidências científicas no momento do parto, respeitar as decisões da mulher gestante, evitar práticas prejudiciais às mulheres, como a episiotomia, o enema, os exames vaginais repetidos (DAVIS-FLOYD et al., 2011 e 2012). Como uma das iniciativas transnacionais em que está participando, a ReHuNa, por meio de sua secretaria executiva, está vinculada à IMBCO e promovendo os dez passos de atenção ao nascimento em suas ações no Brasil.

Além disso, participa junto à Unicef da campanha intitulada “Quem espera, espera”. A campanha foi lançada visando a reduzir os partos realizados antes do completo desenvolvimento do

feto, antecipando as condições naturais e ideais do parto e do nascimento, necessitando, portanto, de maior intervenção técnica por meio de cesáreas, uso de hormônios sintéticos com maiores riscos de intercorrências para a mãe e a criança. A ReHuNa foi convidada pela Unicef para ser consultora da campanha no Brasil.

A atuação da ReHuNa combina o uso e desenvolvimento de conceitos sobre o humanização do parto e nascimento que são usados transnacionalmente com a colaboração com movimentos pela humanização em outros locais do mundo. Na próxima seção acompanharemos como os debates em torno da humanização do parto e nascimento são utilizadas pelo governo brasileiro e como as redes do movimento de mulheres e feminista se relacionam com as políticas recentemente desenhadas e implementadas.

2. As políticas do Estado brasileiro para a saúde das mulheres nos anos 2000

Nesta seção analisaremos as principais políticas desenhadas para a saúde das mulheres nos anos 2000. Adotaremos uma abordagem cronológica iniciando pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), passando pelo Programa de Humanização do Nascimento e o Programa Rede Cegonha.

Um dos debates em torno dessas políticas é: em que medida a PNAISM mantém-se vigente enquanto outros programas são desenhados e implementados como principais iniciativas em saúde das mulheres? Tendo em vista que os debates em torno da PNAISM mantêm-se centrais nos documentos do MS e da CGSM apenas até o lançamento do Rede Cegonha, acreditamos que se pode afirmar que, em que pese a diferença de envergadura da PNAISM e os programas que a seguem, ela deixa de estar em vigor a partir de 2009, quando termina o período de implementação previsto no biênio 2007-2009, quando ela foi reeditada como política. Nesse sentido é que argumentamos que o Programa Rede Cegonha retoma um paradigma de saúde materno-infantil, abandonando o paradigma de saúde da mulher, inaugurado em 1984.

2.1. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Em 2004, foi lançada a PNAISM, cuja vigência prevista era de 2004 a 2007. Seu documento de princípios e diretrizes afirma que 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 aliçados 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. Reiterando preocupações presentes na avaliação da implementação do PAISM, como vimos no Capítulo 1.

No diagnóstico que antecede a apresentação dos objetivos da PNAISM, resalta-se a importância da atuação dos movimentos de mulheres e feminista para a adoção de políticas de saúde para as 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. Como vimos anteriormente, 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 adotadas¹⁰², 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 política¹⁰³. Considerando nosso debate em torno da mortalidade materna, 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 estava previsto entre as diretrizes da PNAISM e também foi lançado em 2004, reiterando elementos já existentes na Política, como a 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. Especificamente à mortalidade materna, o Pacto pontua que:

“Mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto/nascimento. Nesses casos, a conduta adequada é tomada quando não há mais tempo hábil para que seja eficaz. Isto resulta da inexistência de leitos e/ou de um sistema de referência formalizado para o parto, que obriga mulheres a perambular em busca de vagas; do encaminhamento tardio de mulheres com intercorrências para hospitais de maior complexidade, principalmente, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste; e do despreparo de grande parte das maternidades para responder prontamente às urgências e emergências obstétricas e neonatais somado a indisponibilidade de sangue e hemoderivados no tempo oportuno” (BRASIL, 2004: 8-9).

Entre as ações estratégias previstas pelo Pacto destacam-se: a realização de convênios ente diferentes entes federados; a garantia de internação de “Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços, e peregrinar em busca de assistência” (BRASIL, 2004: 10), sendo garantido o transporte da mulher gestante caso a unidade de saúde por ela procurada não seja capaz de atendê-la; atenção humanizada ao aborto; respeito ao direito a acompanhante; a implementação de ações de

¹⁰² Em entrevista com gestor do MS (17/3/2017), a perspectiva dele é que já que o documento da PNAISM conta unicamente com princípios, diretrizes e objetivos, uma política nacional de saúde da mulher nunca foi efetivamente lançada, sobretudo porque o PAISM, foi apenas um programa do MS. Em que pese a avaliação do gestor, documentos do governo, o próprio nome da política e setores da sociedade civil consideram que se trata de uma política de saúde para as mulheres. Acreditamos que um esforço de pesquisa especificamente em relação a este ponto precise ser realizado.

¹⁰³ Os pactos foram:

contracepção; a redução da transmissão vertical de HIV/aids e da sífilis congênita; a adequação da oferta de serviços; a gestão humanizada das unidades de saúde e a qualificação de parteiras tradicionais e doulas.

O Pacto também é regido pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, criada por meio da Portaria 1.067/2005. Assim como o pacto, esta Política volta-se para o acolhimento da “mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido” (Portaria 1067/2005, Anexo). A PNAON prevê também assistência qualificada e humanizada, com oferta de líquidos para a gestante e de liberdade para decidir a posição de parir e sua necessidade de privacidade.

No documento “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras”, de 2005, o MS produz uma análise breve das diferenças de mortalidade das mulheres negras durante a gestação. O objetivo do documento é provocar sensibilização das profissionais de saúde diante das diferenças de acesso aos serviços pela população negra, destacando que Humanizar é também não discriminar! ” (BENEVIDES et al., 2005: 20). Inicialmente, o documento problematiza as particularidades fisiológicas da população negra, como a tendência a hipertensão, a diabetes e a anemia falciforme, que precisam ser observadas em todos os momentos de atendimento à saúde desse grupo populacional, especialmente entre mulheres negras gestantes nos marcos do Pacto. Maria Auxiliadora Benevides ressalta que para além dessas especificidades fisiológicas,

“Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse” (BENEVIDES et al., 2005:12).

Entre as sugestões apresentadas quanto a forma de acolhimento da população negra pelo SUS, Benevides ressalta o desenvolvimento de ações educativas entre as usuária dos serviços de saúde, a sensibilização das profissionais de saúde para as dinâmicas raciais presentes na assistência à saúde; a importância do preenchimento dos campos de raça/cor nos formulários de saúde; a aferição da pressão arterial das gestantes em todas as consultas de pré-natal; a busca ativa por comunidades quilombolas e terreiros de candomblé próximos às unidades de saúde, voltando-se para atender as especificidades das mulheres gestantes nessas comunidades; a atenção para as gestantes com anemia falciforme e seu tratamento acompanhado por serviços especializados.

A PNAISM tinha sua vigência prevista até 2007. Nesse ano, a política foi relançada, com a vigência prevista até 2009. A PNAISM não foi relançada e nem há documentos do MS que reitem a sua vigência após esse período. A CGSM tende a defender que a PNAISM, por ser por definição uma política, supera quaisquer programas que venham a ser lançados. No entanto, os recursos orçamentários voltados para a PNAISM foram significativamente reduzidos com a implementação do Programa Rede Cegonha, que iremos analisar na próxima seção, como pode ser observado no Quadro 1:

2.2. Programa Rede Cegonha

A campanha eleitoral de 2010 foi particularmente marcante pelo debate em torno da questão do aborto e dos direitos reprodutivos das mulheres. A polêmica tem início em 1º de setembro, quando Marina Silva afirma que os seus concorrentes mudaram sua posição política sobre aborto e casamento homossexual. Ganha grande visibilidade a partir de 22 de setembro, com o debate organizado pela CNBB. A perda de votos, sobretudo de evangélicas, por conta de uma postura favorável do PT à descriminalização do aborto. Como forma de evitar a perda dos votos de setores religiosos, Dilma Rousseff realiza durante a campanha uma reunião com representantes de diferentes religiões cristãs como forma de reiterar sua postura contrária à ampliação dos casos de aborto previstos em lei. A ofensiva se mantém durante o segundo turno, com as lideranças de igrejas cristãs exigindo votos em favor da vida e contrários ao aborto. Em dois momentos mais extremos, Dilma Rousseff assina carta

em que se compromete com a defesa da vida e a esposa de José Serra, Mônica Serra, posa abraçada a uma Nossa Senhora Aparecida (LUNA, 2014).

Depois de eleita, a principal política de atenção à saúde das mulheres é a Rede Cegonha. Ela foi instituída em fevereiro de 2011 por meio do Decreto 1.459 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).

Expressamente, entre as considerações para o desenho do Programa Rede Cegonha, ressaltam-se os programas de defesa da vida e outras políticas já implementadas pelo MS e duas questões mais práticas: “os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados” e “o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco”. Como forma de resolver essas questões, o MS propõe o Programa. Assim, apesar de haver os compromissos firmados durante a campanha no que tange à proteção da vida, a justificativa oficial para o desenho do Programa é a dificuldade em reduzir a mortalidade materna e atingir os ODMs. Uma justificativa com base em compromissos internacionais para fugir ao aberto comprometimento religioso das ações do governo recém-empossado.

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 do cuidado 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 acompanhamento das metas

definidas nos planos de ação estaduais e municipais; e certificação dos municípios e da rede de cuidado.

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”¹⁰⁴ 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 (CGBP), 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. Elas preveem a necessidade de alojamento dessas mulheres por mais tempo, contando com quartos e espaços de convivência.

A elaboração do manual de implementação da Rede Cegonha contou com a parceria da ReHuNa (BRASIL, s/d: 4). Dentro dos preceitos da PNH, o Manual do Rede Cegonha apresenta 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.

Particularmente em relação à ambiência, o Programa Rede Cegonha oferece financiamento específico para estados e municípios com a finalidade de adequação dos espaços de maternidades,

¹⁰⁴ 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).

construção de CPNs e CBGPs. A ambiência é entendida como intervenções no espaço físico voltada para a humanização dos atendimentos:

“Refere-se ao espaço físico, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil, 2008). Ou seja, a intervenção nos espaços físicos (reformas, ampliações, construções) de acordo com essa diretriz vai além de uma organização físico-funcional, interferindo e contribuindo ou não para a qualificação dos processos de trabalho, a depender do modo como são conduzidos os processos de mudança. Dessa forma, orienta-se a discussão compartilhada dos projetos arquitetônicos como estratégia para melhorar as condições e processos de trabalho no sentido das boas práticas e humanização de partos e nascimento” (BRASIL, 2012: 20).

Entre as mudanças sugeridas pelo Rede Cegonha está a dotação de privacidade para as mulheres durante o trabalho de parto. A ambiência sugerida para as casas de parto normal está descrita de maneira detalhada, com cada um dos espaços necessários, contemplando os tamanhos previstos pela norma RDC 36/2013 do MS.

A ambiência sugerida contempla a privacidade das mulheres e acompanhantes durante o parto e aleitamento:

“Transformar os tradicionais pré-partos coletivos em espaços individualizados de préparto/parto e pós-parto (PPP) com acesso a banheiro, onde a mulher desenvolva todo o processo de trabalho de parto e parto, podendo ser transferida após o pós-parto imediato para o alojamento conjunto, quando em função da demanda não for possível que todo o período do pós-parto aconteça neste mesmo espaço sempre com a presença do acompanhante de livre escolha” ¹⁰⁵

“Estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto, criando espaços que proporcione[m] o conforto e a privacidade para essa situação” (Idem).

¹⁰⁵ Disponível em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/8002-ambiencia-cpn/file.html>. Acesso em 29/5/2017.

A privacidade, tão forte no desenho da ambiência das CPN é inovadora no SUS e está amplamente baseada na presença de uma acompanhante no momento do parto. Considerando que as políticas públicas devem contemplar a multiplicidade de arranjos sociais possíveis, vale perguntar: e no caso das mulheres que não contam com acompanhantes, em que medida a privacidade prevista na ambiência como uma vantagem termina por prever atenção à saúde para mulheres cujas famílias sigam um determinado padrão? E nos casos de mulheres sem parceiros e sem estrutura familiar? Como se daria a assistência ao parto em espaços isolados dentro dos CPN? A pressuposição de que há apenas um modelo de família e que todas as mulheres possuem uma rede de suporte no momento do parto apresenta um viés na mulher que está sendo imaginada para a política.

A divulgação dos serviços do Rede Cegonha foi feita majoritariamente com o objetivo de informar secretarias de saúde de estados e municípios, tendo em vista que o Programa tem como objetivo financiar iniciativas locais de implementação do Rede Cegonha. Como material de divulgação da Rede Cegonha para as usuárias, o MS produziu um cordel, de que é possível ver algumas imagens no Quadro 3 abaixo.

Nas imagens, é interessante notar alguns elementos. Apesar de haver em diferentes documentos do Rede Cegonha a necessidade de que a mulher esteja livre para decidir a forma como deve ser o parto, a mulher gestante só é retratada de pé no momento que chega à unidade de saúde. O parto é retratado com ela deitada, em uma sala de cirurgia, com homens com luvas que lhe oferecem atenção. Não há mulheres oferecendo apoio técnico à gestante: a única médica que aparece no cordel

é a pediatra, que atende à criança. O espaço das mulheres está reservado a ser a gestante, mãe/esposa, pediatra e acompanhante.

O texto apresenta alguns personagens importantes para que a gestante tenha acesso ao pré-natal, como os agentes comunitários de saúde (ACS) e as unidades básicas de saúde. Sobre as informações trazidas pelo cordel, fala-se sobre humanização no atendimento: “Acolhimento e respeito/Não é só no pré-natal/ No parto e no puerpério / Também é essencial/ Para a mulher e seu bebê / Nesse período especial”; “A mulher que está grávida/ Deve ser logo atendida/ E não ficar pra lá e pra cá/ Com um bebê na barriga”; “A mulher tem seus direitos/ A criança também tem/ Atenção humanizada/ Pra mãe e pro neném / Negar esse princípio? / Nem vem que não tem!”. O cordel trata do empoderamento da gestante: “A palavra protagonismo/ O que ela quer dizer? / Que o ator principal/ Dessa história é você/ Quem participa das decisões/ E constrói as ações/ O protagonismo da mulher/ Deve ser desenvolvido/ Não podemos esquecer/ Que ela vai ter um filho/ Um cuidado especial deve estar garantido”. Entre os problemas do texto e da estrutura do cordel, destacamos que apesar de reportar-se a uma família heteronormativa, a responsabilidade masculina com o cuidado da criança ou o seu envolvimento durante a gestação não é pontuada. Com relação à gravidez, supõe-se que todas as mulheres comemorarão a gravidez: “Se suspeitar de gravidez/Faça logo o teste rápido/ Tire a dúvida de uma vez/ Com resultado positivo/ Comemore a gravidez// Depois de comemorar/ Não se esqueça de marcar / A consulta pré-natal”.

3. Movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres nos anos 2000

Falaremos primeiro da criação de um novo ator político dentro do movimento de mulheres: AMNB. Em seguida, apresentaremos as reações dessas organizações em torno das políticas recentes de saúde para as mulheres.

3.1. A criação da AMNB

Desde a década de 1990 existe um debate no movimento de mulheres negras no que diz respeito à organização do movimento. Enquanto para algumas ativistas, como Fátima Oliveira, o processo de centralização do movimento provocaria mais dificuldades de organização que a atuação dispersa das organizações de mulheres negras; para outras, como Edna Roland, o processo de formação de uma organização que centralizasse a representação das organizações de mulheres seria uma forma de canalizar os esforços e demandas dos movimentos de mulheres negras. Até 2001, não havia uma organização centralizada que juntasse todas os grupos do movimento de mulheres negras.

A preparação para Durban foi o momento em que se decidiu que as demandas de financiamento demandariam a escolha de representantes das organizações de mulheres negras brasileiras. Assim, foi formada a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, a AMNB.

A AMNB é composta por 27 grupos¹⁰⁶ de mulheres e feministas de 16 unidades federativas. Considerando a luta das mulheres negras, a AMNB traz novos termos para o debate sobre organização de mulheres e busca de políticas públicas: os conceitos de resistência e ancestralidade, e a combinação deles, a resistência ancestral, vinculada às lutas contra a coisificação do corpo das mulheres negras (WERNECK, 2012: 11). Além disso, reitera a importância do racismo como obstáculo ao acesso às políticas públicas. Considerando o destaque que a AMNB dá à violência sexista e à superação do sexismo, bem como as publicações na página de Facebook da Associação, apesar de não haver uso explícito do termo feminismo em suas publicações podemos afirmar que ela seria considerada uma organização feminista em defesa dos direitos das mulheres negras.

A questão da saúde da mulher negra é um dos temas com que as organizações que compõem a AMNB lidam. Entre as principais demandas e agendas que essas organizações propõem para a saúde da mulher, destacam-se: o racismo como principal obstáculo ao desempenho dos direitos reprodutivos (WERNECK, s/d: 1), a violência institucional decorrente do racismo e que submete as mulheres negras a maiores riscos de morte e de morbidade, "atuação direta na formulação de estratégias e no desenvolvimento de ações de advocacy em políticas públicas, em especial aquelas de interesse das mulheres negras" (CRIOLA, 2010: 2). Outro ponto que é uma das preocupações dos grupos participantes da AMNB é a eugenia e os processos e políticas existentes para fazer desaparecer as marcas de negritude dos corpos ou para matar, desqualificar e exterminar corpos negros.

Do ponto de vista institucional, a AMNB possui eleição para o cargo de secretaria-executiva. Dado que é uma associação/rede mais recente que as outras duas que estamos analisando, a AMNB ainda não está formalizada como entidade ou organização da sociedade civil, não tendo um estatuto com a definição de seu funcionamento. A eleição para o cargo de secretaria-executiva tem validade

¹⁰⁶ Os grupos vinculados à AMNB em abril de 2016 são: Centro de Estudos e Defesa do Negro do Pará – Cedenpa (PA); Instituto de Mulheres Negras do Mato Grosso – IMUNE (MS); Coordenação Nacional das Mulheres – CONAQ (MG); Nzinga - Coletivo de Mulheres Negras de Belo Horizonte (MG); Odara – Instituto da Mulher Negra (BA); Grupo de Mulheres Negras Mãe Andressa (BA); Maria Mulher – organização de mulheres negras (RS); ACMUN – Associação Cultural de Mulheres Negras (RS); Criola – organização de mulheres negras (RJ); CACES – centro de atividades culturais, econômicas e sociais (RJ); IMENA – Instituto de mulheres negras do Amapá (AP); Associação de mulhees Mãe Venina do Quilombo do Curiaú (AP); INEGRA – Instituto Negra do Ceará (CE); IROHIN (DF); Pretas candangas – coletivo de mulheres negras do DF (DF); Centro de Referência Negra Léia Gonzalez (GO); Grupo de mulheres negras malunga (GO); BAMIDELE (PB); Rede de mulheres negras do Paraná (PR); Observatório Negro (PE); Uiala Mukaji – sociedade das mulheres negras de Pernambuco (PE); Kilombo – organização negra do RN (RN); Casa da Mulher Catarina (SC); Instituto Amma Psique e Negritude (SP); Àlàáfíá – programa de educação, cultura e cidadania (SP); Geledés – instituto da mulher negra (SP); e Casa Laudelina de Campos Melo (SP).

de três anos e com esta função, a organização que a mantém representa a AMNB nos eventos e reuniões em que ela deve estar presente, como as reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Entre 2012 e 2015 a secretaria-executiva foi exercida por Jurema Werneck, da ONG Criola, do Rio de Janeiro.

Uma das funções que a AMNB assumiu na articulação das organizações de mulheres negras com as políticas de saúde foi a participação no CNS. Entre 2007 e 2012, ocupou a vaga de representante do movimento negro¹⁰⁷. Entre 2012 e 2014 dividiu a vaga do movimento negro com União de Negros pela Igualdade (Unegro) e a Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra e Aids. Com relação à importância da presença no CNS, Simone Cruz afirmou:

“Sem dúvida, é um dos conselhos mais importantes que a AMNB compõe, sobretudo pelo seu papel em relação a deliberação das políticas de saúde, políticas importantes para a população negra, e em especial, para as mulheres negras, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. É um espaço político, mas também democrático e de construção de diálogo sobre as demandas da sociedade civil e negociação com o governo” (CRUZ, 2012¹⁰⁸).

Entre 2007 e 2016, a AMNB foi citada 82 vezes em 37 atas do CNS. Simone Cruz e Jurema Werneck são as representantes da AMNB mais ativas ao longo do histórico da participação da organização nas reuniões do CNS. Em geral, a participação das conselheiras tem como função apontar problemas de oferta de saúde, debater temas importantes para as populações que representam, estabelecer demandas e garantir e trazer informações desconhecidas seja pelo MS, seja para as demais conselheiras. Ao longo de sua participação, a AMNB, em muitas pautas apoiou pautas levantadas pela RFS. Como forma de sinalizar como se dá a participação das conselheiras da AMNB durante as reuniões do CNS, resalto duas falas, uma de cada representante:

“Conselheira **Jurema Werneck** destacou que o tema [o desenvolvimento de um índice de desempenho do SUS] foi objeto de debate na Comissão de Saúde da População Negra, uma vez que a construção de um indicador de acesso e qualidade é fundamental. Todavia, manifestou insatisfação por não ter sido contemplada a sugestão da Comissão sobre acesso como parâmetro de equidade, entendendo que os dados devem expressar a realidade. Assim, convidou o Departamento para continuar o debate da proposta e contemplar as “ausências”. **Conselheira Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou os expositores, mas concordou que é preciso decodificar a informação. Perguntou como trabalhar a questão do acesso, na sua totalidade e como busca da qualidade e manifestou preocupação com os dados por não expressar, na sua totalidade, a realidade. Nesse sentido, contemplar, por exemplo, a periodicidade para realização do papanicolau e da mamografia” (BRASIL, Ata da 230ª Reunião do CNS, 2012).

“A Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, representante da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB e do Movimento Negro, comentou que quando a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, citou os novos atores repre[sent]ando os rumos da saúde pública, atualmente o Movimento Negro atuante no campo da saúde tem tido

¹⁰⁷ <http://www.geledes.org.br/entidades-assumem-vaga-do-movimento-negro-no-cns/>

¹⁰⁸ <http://www.geledes.org.br/entidades-assumem-vaga-do-movimento-negro-no-cns/>

visibilidade, mas não chega a ser um campo novo. Informou que a p[a]luta de sua defesa seria a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra e ressaltou não ser uma política do negro, porque as doenças que acometem os negros não são diferentes, elas acometem diferentemente por condições de vulnerabilidade social que demonstram as desigualdades citadas pelo próprio Ministro em sua fala nas duas vezes em que teve a oportunidade de ouvi-lo. Ressaltou que o caso Aline citado pela **Conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”** foi instado na ONU também pela condição de ser ela uma mulher negra, então a questão do racismo também está colocada nesse caso que foi o primeiro de morte materna a ir a uma corte internacional. Disse que a questão do racismo já foi assumida pelo Estado brasileiro e existe desde 2003 a Secretaria Especial de Igualdade Racial. O Ministério da Saúde já assumiu a existência de racismo nas estruturas de saúde e a Política de Saúde da População Negra é lei que não está sendo implementada, não obstante seja obrigação da gestão. Afirmou desejar contribuir para o processo de implementação dessa política porque é inadmissível que uma política aprovada por esse Conselho, passando por todo processo legal de aprovação, assumida pelo governo, com dados produzidos pelo governo, publicados pelo Ministério da Saúde não seja devidamente implementada. É necessária a responsabilização dos Estados e dos Municípios porque a política impactará nas condições de vida da população como um todo e a atenção básica apontada por ela deveria dar conta principalmente do princípio da equidade” (BRASIL, Ata da 254ª Reunião do CNS, 2014).

Das três redes que analisamos quanto a sua atuação em relação às políticas de saúde para as mulheres ao longo dos anos 2000, apenas a ReHuNa não tem participação nas reuniões do CNS. Em parte, a ausência da ReHuNa pode ser explicada pela natureza mais profissional das pessoas envolvidas com o movimento e com o fato de o movimento estar ainda vinculado aos direitos de consumidoras mais que propriamente de direitos de usuárias do SUS.

3.2. As reações do movimento de mulheres às políticas dos anos 2000

As duas políticas de saúde da mulher dos anos 2000 foram recebidas pelo movimento de mulheres de forma diferenciada. Nesta seção analisaremos as reações das redes de saúde às duas políticas apresentadas. Nossa atenção estará particularmente 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-lo 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).

Para as organizações de mulheres negras, na voz de Fátima Oliveira, a PNAISM representa um momento em que "as forças políticas da atenção integral à saúde da mulher tiveram voz e vez" (2012), reiterando o caráter participativo da elaboração da PNAISM e a articulação dos grupos e movimentos de mulheres.

Em contraponto ao relativo consenso quanto à PNAISM, há bastante controvérsia 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, da RFS, em 2011 demandava que a presidenta ouvisse 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).

Jurema Werneck, secretária executiva da AMNB, resalta que a adoção do Rede Cegonha e da MP 557/2011 são "erros de percepção das razões pelas quais as mulheres grávidas morrem no Brasil", reiterando a importância de que o governo fale com as mulheres e com os movimentos sociais para entender o que precisa ser tratado no momento em que se fazem políticas de atenção à saúde. Sobre os erros de concepção do Rede Cegonha e a necessidade de participação da sociedade civil, Werneck resalta:

"Então, a gente poderia ter agregado muito. Se os assessores da presidenta Dilma ainda não entenderam o que os próprios números do sistema de informação do SUS revelam, a gente poderia ter explicado melhor. Assim como a gente poderia ter explicado a questão da negligência, do despreparo dos profissionais, da incapacidade do SUS atender da forma como a lei manda, cumprindo assim os direitos das pessoas. Afinal, a gente vive isso todo dia e a nossa luta nesses anos todos tem sido para explicar isso melhor" (WERNECK, 2012).

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". Nesse sentido, vale lembrar a presença da CNBB durante a elaboração do PAISM e a necessidade de interlocução entre MS, movimento feminista e a cúpula da Igreja Católica. A presença recorrente da CNBB nos cenários de elaboração de políticas de saúde para as mulheres, remete ao debate de *doblo discurso*, discutido por Bonnie Shepard (2000) no que diz respeito ao comportamento das mulheres latino-americanos em relação ao aborto. Assim, a presença da Igreja Católica (que tem aos poucos avançado para a presença também das igrejas neopentecostais) torna a criação de normas mais liberais em torno do aborto em países latino-americanos ao mesmo tempo em que as taxas de aborto são enormes. Shepard explica que as pessoas criticam abertamente o aborto no âmbito público, reiterando os valores religiosos, mas em sua vida privada recorrem ao aborto para evitar gestações indesejadas, como uma vida paralela dentro da vida regulada pela moral religiosa.

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 obstetriz e da obstetriz. 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.

A MP 557/2011 é tratada pela RFS e pela AMNB também como um "equívoco", mas com um nível superior de preocupação na medida em que ela é entendida como uma forma de controlar as mulheres e penalizar aquelas que realizarem abortos, por um lado. Por outro, a MP desenhada durante o primeiro ano do governo, assim como a Rede Cegonha, não trata da principal causa de mortalidade das mulheres que é a falta de acesso a cuidado de qualidade, que só poderia ser fornecido por profissionais mais investidos na garantia da saúde integral e do respeito às usuárias do SUS.

A política de saúde tem como um de seus princípios a participação da sociedade civil. Esta participação está garantida institucionalmente, por exemplo, nas Conferências Nacionais de Saúde, mas também no Conselho Nacional de Saúde, tripartite, composto por membros do governo, da sociedade civil e de representantes profissionais. A atuação das feministas para tentar reparar aquilo que entenderam como derrotas representadas pelo decreto que institui a Rede Cegonha e pela MP 557/2011 deu-se diretamente nas reuniões do CNS, em que a AMNB e a RFS possuíam assento e eram representadas por Jurema Werneck e por Santinha, respectivamente, no ano de 2012. Com base na atuação junto ao CNS e por meio também de conversas com a área técnica de saúde da mulher, algumas mudanças são alcançadas no sentido de reduzir os impactos negativos das políticas desenhadas durante o primeiro ano do governo Dilma. A declaração de Jurema Werneck indica a importância da atuação dos movimentos sociais e do CNS na correção das políticas adotadas: "No Conselho Nacional de Saúde e nos movimentos sociais, a gente está tentando, primeiro, por um freio de arrumação nesse negócio" (WERNECK, 2012, grifo nosso).

A pressão por parte do movimento feminista e do movimento de mulheres fez com que inicialmente a figura do nascituro fosse retirada do texto da MP, que passa a demandar o cadastro somente para gestantes e puérperas (DINIZ, 2012: 129). A pressão contínua fez que o governo não pressionasse para a sua votação pelo Congresso Federal e para que as medidas por ela descritas não fossem implementadas nas unidades de saúde. A MP perdeu validade por caducidade, o que foi comemorado como uma vitória do movimento de mulheres com ressalvas, já que o governo optou por esperá-la caducar, mas não a retirou do ordenamento jurídico pelos 120 dias em que podia ter efeitos.

A nomeação da Ministra Eleonora Menicucci para a Secretaria de Políticas para as Mulheres no início de 2012 é também percebida como uma sinalização do governo para tentar aplacar as críticas quanto à condução da política de saúde para as mulheres. A SPM e a Seppir são entendidas como "espaços de resistência" dentro do governo:

"Cabe ao 'batalhão da mata', as 'prendas do Rosário' – às ministras da Mulher, Eleonora Menicucci, e da Igualdade Racial, Luiza Bairros – sangrar nos cacos: exigindo uma concertação, não para monitorar políticas de saúde, mas para defini-las em pé de igualdade com o MS" (OLIVEIRA, 2012).

Apesar das duras críticas que recebeu, o Rede Cegonha não passou por mudanças amplas. As que ocorreram estavam limitadas à forma de sua condução pela área técnica de saúde da mulher e das normativas e orientações enviadas às unidades locais de saúde. Tais mudanças visavam a reduzir a ofensiva contrária ao Programa e torná-lo mais adequado às necessidades das mulheres e mais aceitável à percepção das redes de ativismo em torno da atenção à saúde das mulheres gestantes. O fato de o nome do programa não ter sido alterado, entretanto, permanece como um desafio e uma sinalização dos limites das interações entre os movimentos feministas e o Estado, representado pelo MS. É importante lembrar, entretanto, que parte do movimento de mulheres, como a ReHuNa, é favorável e apoia o formato que a Rede Cegonha assumiu, acrescentando tensão dentro dos movimentos de mulheres e, em certa medida, legitimando a adoção do curso tomado pelo MS.

Tendo em conta o avanço das políticas de saúde para as mulheres, dos direitos sexuais e reprodutivos, a Rede Cegonha parece retroagir ao não contemplar a ampla fotografia da saúde das mulheres. Inicialmente, na medida em que ressalta a gravidez, desconsiderando as mulheres que se colocam em extremos: as que desejam mas não podem engravidar e as que engravidam mas não desejam ser mães e queriam por direito realizar abortamentos seguros no SUS. Finalmente, o Programa tende a pausterizar as diferenças de atendimento decorrentes de cor/raça, orientação sexual, geração e condições econômicas entendendo a mortalidade feminina como um bloco que atinge igualmente todas as mulheres. Com essa pasteurização, o Rede Cegonha torna-se pouco capaz de produzir resultados mais rápidos em torno da redução da mortalidade materna pois, como vimos no início deste Capítulo 2, a principal razão de morte materna é o grupo racial a que pertence a mulher gestante.

As questões internacionais usadas como justificativa para o desenho inicial do Rede Cegonha são pouco problematizadas pelas redes de ativismo em torno da saúde das mulheres, sobretudo os grupos feministas e de feministas negras que se opõem ao Programa Rede Cegonha. Com essa

abertura, o governo federal usou a persistência da mortalidade materna e a busca de atingir os ODMs como justificativa para um Programa que volta seu foco unicamente para “o barrigão” e representa o retorno ao paradigma de saúde materno infantil. O uso do discurso internacional serve como pretexto para que os debates reais em torno da elaboração do Programa – a pressão das igrejas cristãs e o pacto eleitoral estabelecido em favor da vida - não sejam explicitadas seja no decreto, seja nas publicações que regulamentam a implementação da política.

Interessante fazer um paralelo entre as reações do movimento de mulheres nos dois momentos que analisamos até agora. Em relação ao PAISM, adota-se uma postura de atenção à implementação, um cuidado com a forma com que as políticas de saúde chegarão às usuárias, buscando garantir a implementação do texto tal como desenhado na política. Em relação ao Rede Cegonha, a frase de Werneck sobre a colocação de um “freio de arrumação” no programa é extremamente significativa tanto da capacidade quanto dos limites de atuação dos grupos organizados de mulheres. Assim, o decreto de um programa cujo nome representa o apagamento das mulheres da função reprodutiva e reedita o paradigma de saúde materno-infantil precisa ser modificado em seus parâmetros antes mesmo de passar a ser implementado. Nas entrevistas que conduzimos, ativistas e gestoras relatam que o programa Rede Cegonha que está sendo implementado ou que está vigente no momento da entrevista não é mais o mesmo Rede Cegonha que foi concebido e publicado pelo decreto 1.459/201. Em boa medida, pode-se afirmar que mudou tanto a política como a necessidade de que a política fosse aceita pelas redes de ativismo de mulheres.

CAPÍTULO 3 – VÍRUS ZIKA E DIREITOS REPRODUTIVOS: A EMERGÊNCIA TRANSNACIONAL, AS AÇÕES E AS POLÍTICAS LOCAIS

"É muito assustador, estou preocupada que minha filha tenha microcefalia (...) Meu bairro é pobre e cheio de mosquitos, de lixo e não tem água corrente. Cinco dos meus vizinhos têm Zika". - Elisângela Barros, 2016¹⁰⁹ (tradução livre).

As preocupações de Elisângela Barros não são forçadas do nada. Em 29 de abril de 2015, epidemiologistas brasileiros da Universidade Federal da Bahia anunciaram a presença e circulação do vírus Zika no Brasil¹¹⁰. Até então o arbovírus não era conhecido no país e tampouco a doença que ele causa. Por essa razão, durante 2014 e 2015, os médicos acreditavam que as pessoas contaminadas com o vírus Zika estavam, na verdade, apresentando um quadro alérgico, com manchas avermelhadas e prurido pelo corpo. A doença, transmitida também pelo *Aedes Aegypti*, rapidamente se disseminou pelo sertão nordestino e causou, em 2015 um aumento do número de bebês nascidos com microcefalia no país. A relação entre a contaminação de mulheres grávidas pelo vírus Zika e o nascimento de bebês com microcefalia só foi comprovada cientificamente entre setembro e novembro de 2015¹¹¹.

O Informe Epidemiológico nº 52 do Ministério da Saúde¹¹², divulgado no início de janeiro de 2017, com dados de dezembro de 2016, aponta 10.867 casos notificados de microcefalia no Brasil desde o início da epidemia em abril de 2015. Entre eles, 2.366 já estão confirmados e 3.183 casos ainda estão por confirmar¹¹³. Conforme mostram os mapas na Figura 1, o padrão de distribuição dos casos notificados de microcefalia mudou bastante entre o primeiro e o último Informe Epidemiológico: a epidemia passou de casos concentrados na região Nordeste do país para notificações de microcefalia disseminadas em todas as regiões.

¹⁰⁹ Disponível em: <http://www.reuters.com/article/health-zika-brazil-pregnant-women-idUSKCN0VA1D1> . Acesso em 14/5/2016.

¹¹⁰ Os médicos que primeiro divulgaram para a imprensa a circulação do vírus Zika são Gúbio Soares Campos e Sílvia Inês Sardi. Débora Diniz, em “Zika: do sertão nordestino à ameaça global” (2016), descreve a corrida pela descoberta da presença do vírus e o processo de disputa e cooperação entre médicos em diferentes partes do Nordeste e do Sul.

¹¹¹ Apesar de que o acompanhamento das mulheres e dos bebês tenham sido feita por médicas no Nordeste brasileiro, Débora Diniz demonstra em “Zika: do sertão nordestino à ameaça global” (2016), as dificuldades que Adriana Melo e Melania Amorim têm em serem reconhecidas como as médicas que prepararam as evidências científicas para que a relação entre a infecção por Zika e a gravidez fosse determinada.

¹¹² Disponível em: http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf Acesso em 20/3/2017.

¹¹³ O Ministério da Saúde tem classificado os casos de microcefalia em notificados, em investigação e descartados. Os casos notificados são todos aqueles que as unidades de saúde atendem e têm desconfiança de que se trate de caso de microcefalia. Os casos em investigação são os que estão sendo submetidos a exames diversos (de sorologia, de imagem, de medição do perímetro cefálico, entre outros exames para determinar a razão da contaminação e confirmar se os casos são originadas por uma infecção congênita do vírus Zika. Os casos confirmados são aqueles em que os exames apontam para microcefalia associada à contaminação pelo vírus da Zika.

No entanto, como mostram a Tabela 1 e a Figura 2, o Nordeste ainda é a região onde os casos confirmados são muito mais comuns e mais disseminados (75,4% dos municípios da região têm casos confirmados de microcefalia). Na Tabela 2A, no Anexo, podemos observar que a Região Nordeste possui quase 65% do total dos casos notificados no país. Dos casos confirmados de microcefalia, 76,2% estão no Nordeste. Bahia e Pernambuco são os estados mais afetados, respectivamente com 18,3% e 17,2% do total de casos confirmados do país. Elisângela Barros vive em Recife, uma das cidades mais afetadas da região.

Tabela 1 – Total acumulado de casos de microcefalia (2015-2016)

Total acumulado de casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos (2015 e 2016)

Brasil e Grandes Regiões	Semana epidemiológica 3/2016						Semana epidemiológica 52/2016					
	Total		Municípios com casos notificados		Municípios com casos confirmados ¹		Total		Municípios com casos notificados		Municípios com casos confirmados ¹	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	4.180	100	830	100	270	100	10.867	100	1.837	100	751	100
Centro-Oeste	227	5,4	39	0,9	0	0	716	6,6	129	7	52	6,9
Nordeste	3.607	86,3	661	15,8	268	99,2	7.023	64,6	1.047	57	566	75,4
Norte	94	2,2	41	1	0	0	550	5,1	169	9,2	40	5,3
Sudeste	240	5,7	80	1,9	1	0,4	2.324	21,4	376	20,5	74	9,9
Sul	12	0,3	9	0,2	1	0,4	254	2,3	116	6,3	19	2,5

Fonte: Ministério da Saúde, Informe Epidemiológico 10/2016: 1 e 57/2017: 2. Elaboração própria.

Figura 2 – Distribuição dos casos confirmados de microcefalia

A Tabela 1 também aponta para o rápido crescimento dos casos notificados de microcefalia. Em 2016, houve um aumento de quase 160% no total de casos relatados: de 4.180 casos em janeiro para 10.867 casos em dezembro. Surpreendentemente, como é possível verificar na Tabela 2A, no Anexo, a maior parte dos casos é totalmente descartada, embora os fatores observados pelas autoridades de saúde determinem apenas ausência de microcefalia e não necessariamente todos os outros transtornos relacionados à síndrome congênita do Zika¹¹⁴. Em dezembro de 2016, 48,4% (5.269 casos) foram descartados após as equipes médicas considerarem calcificações cerebrais, alterações ventriculares, exames laboratoriais de imagem e sangue.

Em junho de 2016, uma nova descoberta sobre os casos descartados alarmou quem está acompanhando a epidemia no Brasil. À medida que as crianças crescem, embora não tenham mostrado nenhum sinal de microcefalia enquanto são recém-nascidas, começam a ter convulsões e dificuldades para ver, aprender, ouvir, falar, andar e brincar (FREITAS et al, 2016). O que médicos, cientistas, ativistas e mães têm aprendido é que ainda há muito trabalho a ser feito para conhecer a epidemia e seus efeitos sobre a vida de adultos e crianças. Assim, a ideia de descartar casos como menos complicados do que outros é uma forma no mínimo problemática de diminuir as estatísticas do tamanho da epidemia e das políticas que são necessárias para resolver os problemas que ela trará para o país em um futuro próximo: como o acesso inclusivo a creches e a escolas, o acompanhamento médico multidisciplinar e a inclusão em transportes, mercado de trabalho.

¹¹⁴ A síndrome congênita do vírus Zika está relacionada ao padrão das calcificações que a infecção provoca no sistema nervoso central dos bebês. A severidade dessas calcificações é bastante específica quando se trata de infecção pelo vírus Zika.

No que se refere especificamente às mulheres, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde ainda não estão desagregados por sexo ou raça, o que representa um desafio para compreender plenamente a incidência da doença em diferentes grupos de mulheres. No entanto, dada a importância dos determinantes socioeconômicos na incidência de morbidades e mortalidade (LESSER e KITRO, 2016; COELHO e DIAS, 2015), debateremos a relação entre a situação de abandono, enfrentada principalmente por mulheres pobres, durante este surto de vírus Zika como consequência relacionada às recentes mudanças nas políticas de saúde para as mulheres no Brasil. Argumentamos que a adoção do paradigma de assistência à saúde materno-infantil no Brasil desde 2011, que discutimos no capítulo anterior, e o foco no nascimento e na mortalidade materna enfraquecem as políticas de saúde para as mulheres e aumentam os obstáculos ao acesso ao planejamento reprodutivo. Ao mesmo tempo, essa falta de políticas públicas permite que organizações locais de defesa de direitos às mulheres, tenham acesso a fundos locais e internacionais para financiar ações diversas e que englobem outras perspectivas da epidemia, sobretudo quando se trata da assistência à saúde das mulheres e o planejamento reprodutivo. Nesse sentido, podemos apontar que a ausência de políticas públicas que tratem de maneira eficiente o problema permite que iniciativas locais com apoio transnacional avancem na perspectiva dos direitos reprodutivos.

Neste capítulo, discutimos como a definição internacional da epidemia pressiona o formato das políticas adotadas internamente para lidar com os seus efeitos, destacando como fatores socioeconômicos - como raça e classe do maior grupo prejudicado pelo mosquito – têm impacto na forma como as políticas são propostas. Ao mesmo tempo, analisamos como as organizações não governamentais, os movimentos de mulheres e o Estado têm acesso (ou são acessados) pelas mulheres "ameaçadas" pelo mosquito. Para além das respostas coletivas, analisamos as resistências criadas individualmente para enfrentar a falta de políticas específicas. Como essa resistência individual se combina com protestos e políticas institucionalizados?

Para responder a essas questões, o capítulo está organizado em quatro seções após esta Introdução. Na primeira seção, apresentamos a formação de um discurso global em torno da epidemia do vírus da Zika, sobretudo os enquadramentos e discursos apresentados pela Organização Mundial da Saúde. Na segunda seção, discutimos os fatores socioeconômicos, o racismo ambiental que molda os grupos populacionais prejudicados pela epidemia, assim como as políticas propostas durante a epidemia e voltadas para as mães e crianças infectadas pelo Zika durante a gravidez. Na terceira seção, descrevemos as ações que são tomadas por mulheres afetadas pelo vírus Zika em seu cotidiano para lutar contra a falta de políticas públicas que atenda a elas e a suas famílias. Na quarta seção,

apresentamos algumas das ações tomadas por ativistas dos movimentos feministas para tratar de uma questão específica relativa aos direitos reprodutivos: a transmissão sexual do vírus Zika e os direitos reprodutivos nesse momento. Também colocaremos em perspectiva os parceiros internacionais escolhidos por essas organizações para fazer frente aos debates necessários sobre Zika e planejamento reprodutivo. Na quinta seção, apresentamos o resumo do nosso debate sobre a relação entre transnacionalismo, direitos reprodutivos e racismo ambiental durante a epidemia do vírus Zika.

1. A epidemia em perspectiva transnacional

Em 1º de fevereiro de 2016, Dra. Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou a epidemia do vírus zika como uma “emergência de saúde pública de importância internacional”¹¹⁵. Para fazê-lo, ela reuniu um Comitê internacional, formado por 18 especialistas em epidemiologia, para aconselhá-la sobre as medidas a serem tomadas, após o Brasil ter informado à OMS a situação dos casos de microcefalia relatados pelo estado de Pernambuco em outubro de 2015¹¹⁶. Na Declaração da emergência, Dra. Chan afirmou a necessidade de que esforços coordenados fossem realizados pelos países, com vistas a desenvolver ações de combate ao vírus e aos mosquitos, como pode ser visto no excerto abaixo:

“Eu estou agora declarando que o recente *cluster* de casos de microcefalia e outros distúrbios neurológicos reportados no Brasil, ocorrido após um *cluster* semelhante na Polinésia Francesa, em 2014, constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional. Uma resposta internacional coordenada é necessária para melhorar a vigilância, a detecção de infecções, malformações congênitas e complicações neurológicas, para intensificar o controle de populações de mosquitos, e para acelerar o desenvolvimento de testes de diagnóstico e vacinas para

¹¹⁵ O termo em inglês é: *public health emergency of international concern* e implica, de acordo com Deisy Ventura (entrevista a Aline Leal, fevereiro de 2016), que “os ministérios da Saúde a receberem mais peso internamente. Ajuda a captar recursos internacionais e dá uma orientação para os Estados - o que se quer é que todos andem no mesmo sentido”. Ventura (2016) ressalta que a ESPII em relação ao vírus Zika é a quarta declarada pela OMS ao longo de sua história (ou após a aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional). A primeira foi a do H1N1, em 2009. A segunda em maio de 2014 em relação ao poliovírus, cuja propagação tem sido facilitada pela desestruturação provocada pela guerra na Síria e a circulação de pessoas não vacinadas. A terceira, em agosto de 2014, foi em relação ao ebola, que inovou ao autorizar a punição de Estados que descumprissem as normativas da OMS.

¹¹⁶ A notificação do governo brasileiro seguiu o Artigo 6 do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. O artigo define que: “Cada Estado Parte notificará a OMS, pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI, e dentro de 24 horas a contar da avaliação de informações de saúde pública, sobre todos os eventos em seu território que possam se constituir numa emergência de saúde pública de importância internacional, segundo o instrumento de decisão, bem como de qualquer medida de saúde implementada em resposta a tal evento” (RSI, 2009: 20). Para fazer essa comunicação, o país preenche um formulário em que detalha quais as circunstâncias do caso faz que se acredita no risco mundial de uma situação atípica ou reconhecidamente grave de saúde.

proteger as pessoas em risco, especialmente durante a gravidez” (Declaração de Margaret Chan, 1/2/2016, grifos nossos).¹¹⁷

Entre as razões apontadas para decretar a situação de emergência ressaltam-se os casos nas Ilhas Yap¹¹⁸ e na Polinésia Francesa¹¹⁹ (2007 e 2014, respectivamente), em que foram detectados casos de microcefalia em bebês e o desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré entre adultos. O Comitê que aconselhou a Direção Geral da OMS entendeu que a epidemia do vírus Zika poderia tornar-se um problema global caso não se tomassem ações que restringissem sua capacidade de acometer pessoas e de circular no globo.

Figura 3 – Mapa mostrando a distribuição conhecida do vírus da Zika, com base em sorologias, detecção de vírus e casos diagnosticados por laboratório.

“As setas azuis representam padrões recentes de distribuição, deduzido a partir estudos filogenéticos. A estrela amarela representa a floresta do Zika onde o vírus foi reconhecido, em 1947”.

Fonte: WEAVER et al. Zika virus: History, emergence, biology, and prospects for control, (2016: 71). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2016.03.010> Acesso em 27/3/2017.

Em fevereiro de 2016, a OMS lançou uma estratégia global para lidar com a emergência e coordenar esforços para lidar com a epidemia. A estratégia está desenhada no documento *Zika: enquadramento de resposta estratégica e plano de operações conjuntas* (*Zika: strategic response framework & joint operations plan*). Esse documento foi atualizado em julho e em outubro, diante de novas descobertas sobre formas de transmissão (a transmissão sexual e por outros fluidos corporais) e o fim da emergência de saúde pública, respectivamente. Em todos os documentos a evolução da epidemia é descrita, desde o primeiro caso em 1947, em Uganda, até o Brasil e as Américas em 2015/2016. No documento de fevereiro são descritas as ações necessárias para o combate da epidemia

¹¹⁷ Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4991:organizacao-mundial-da-saude-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional&Itemid=816. Acesso em 29/3/2017.

¹¹⁸ Nas Ilhas Yap, 70% da população de mais de 11 mil habitantes foi contaminada pelo vírus da zika (OMS, 2016).

¹¹⁹ Na Polinésia Francesa, estudos recentes mostraram a existência de 95 casos de microcefalia para cada 10.000 mães, demonstrando que o surto da doença teve impactos também na saúde reprodutiva das mulheres polinésias.

e o controle de danos. A comparação entre edições do documento permite perceber a evolução do conhecimento sobre a doença provocada pelo vírus Zika: um exemplo importante diz respeito ao impacto da epidemia no exercício dos direitos reprodutivos. Até fevereiro havia uma suspeita da relação entre o vírus e o desenvolvimento de microcefalia que fazia que as grávidas fossem alertadas a evitar locais com transmissão do vírus e aconselhadas a ampliar o uso de repelentes. O documento de fevereiro de 2016, publicado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças do governos dos EUA (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), destaca a transmissão sexual do vírus da Zika, fazendo que os alertas ressaltem a importância do uso de métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o tempo considerado de segurança para o planejamento de uma gravidez dada a permanência do vírus em fluidos corporais (alguns dos cartazes criados pelo CDC estão disponíveis no Anexo).

No documento da OMS, a estratégia escolhida é dividida em três eixos principais: vigilância, resposta e pesquisa. O eixo de vigilância diz respeito à produção de dados sobre as pessoas infectadas pelo vírus, as más-formações congênitas e o desenvolvimento de síndromes neurológicas. O de pesquisa, visa a investigar casos de microcefalia ou de má-formação e promover o desenvolvimento de vacinas e tratamentos para a doença. O eixo de resposta é que possui um espectro mais amplo de ações, que prevê desde o controle do mosquito à mobilização comunitária, passando pela garantia dos direitos das mulheres grávidas. Na Figura 4 é possível perceber a distribuição prevista dos recursos para cada uma dessas áreas estratégicas. As áreas com maior aporte de recursos são a de ‘engajamento da comunidade’ e ‘cuidados para as pessoas mais afetadas’. A política de controle de vetor não é o destaque das ações propostas na estratégia global proposta pela OMS. Como é possível perceber pelo gráfico, a demanda de recursos para a iniciativa de produção de indicadores e dados sobre a epidemia é maior que os aportados para o controle do vetor. O financiamento de pesquisas para o combate dos efeitos da epidemia e o desenvolvimento de vacinas receberia a mesma quantidade de recursos que a política de controle do vetor, que é a principal política adotada pelo governo brasileiro, mostrando diferenças na avaliação das ações necessárias para lidar com a epidemia.

Figura 4 – Previsão de alocação de recursos necessários segundo estratégia - OMS

Fonte: OMS (2016). *Zika: strategic response framework & joint operations plan*, Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/strategic-response-framework.pdf> Acesso em 29/3/2017.

A estratégia desenhada pela OMS também prevê os principais parceiros e as ações a serem executadas por eles. Na Figura 5, estão apresentados os fundos a serem direcionados para cada um deles, com destaque para as agências e organizações das Nações Unidas: OMS, Unicef, UNFPA e PNUD. Além dessas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS ou PAHO, em inglês) é uma das cinco principais beneficiárias dos fundos recebidos dentro da estratégia voltada para lidar com a epidemia do vírus Zika. As organizações nacionais privadas têm a perspectiva de receber menores aportes de dinheiro e as ações previstas para a sua atuação têm o alcance mais limitado, o que demonstra a centralidade do sistema ONU na estratégia adotada pela OMS no tratamento da emergência de saúde pública declarada por ela.

Figura 5 – Previsão de alocação de recursos necessários segundo organização responsável

Fonte: OMS (2016). *Zika: strategic response framework & joint operations plan*, Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/strategic-response-framework.pdf> Acesso em 29/3/2017.

Como apontamos anteriormente, entre os grandes eixos de atuação estratégica, há ênfase nas ações e objetivos de engajamento comunitário. Na Figura 6 estão listadas as ações-chave para este eixo específico, com a indicação de quais parceiros são responsáveis por cada uma das atividades. É

possível perceber que a OMS está engajada em praticamente todas as ações descritas, com exceção da última, a ser realizada unicamente pela OPAS. As ações cobrem diferentes aspectos da disseminação de informações, incluindo a geração de conteúdo e a orientação de fazedores de opinião (jornalistas, especialistas) e profissionais de saúde para evitar estigma e desinformação sobre o surto do vírus Zika e os possíveis efeitos da doença entre as pessoas. Interessante notar que não há ações que preveem o engajamento dos Estados nacionais ou dos governos locais. Esse padrão repete-se em todas as ações previstas no documento, o que sinaliza que a OMS entende as suas ações como paralelas e não substitutas aos esforços realizados pelos Estados e governos locais.

Uma das ações, a que está destacada em vermelho na Figura 6, no que tange a sua execução local, será detalhada na quarta seção deste capítulo, em que trabalharemos com a atuação das organizações de mulheres no contexto da epidemia em Recife. A ação destacada prevê “o desenvolvimento e disseminação de mensagens direcionadas de comunicação do risco sobre o Zika e suas complicações com foco em mulheres em idade reprodutiva, mulheres grávidas, profissionais de saúde, médicas/os, responsáveis pelos setores de transportes e viagens e outros”¹²⁰ e foi implementada na região que visitamos e em Salvador pelo UNFPA.

A abordagem do combate estratégico da epidemia é multidisciplinar (envolve cientistas sociais, epidemiologistas, médicas, jornalistas, gestoras de políticas públicas e a comunidade) e estimula a adoção de um repertório de ação facilmente adotado por organizações da sociedade civil e pelos movimentos sociais: a formação de multiplicadoras/es de conhecimento. Como veremos na quarta seção, essa foi a principal abordagem do UNFPA em relação às organizações do movimento de mulheres no Brasil. Enquanto o UNFPA era responsável pela formação das ativistas (dando informações técnicas sobre a epidemia), pelo financiamento e pela produção de material a ser distribuído entre as comunidades em que as organizações atuavam, estas eram as responsáveis por definir o público alvo das ações, assim como a melhor forma de fazer a disseminação das informações que julgassem mais importantes para o público escolhido.

¹²⁰ Foi-nos possível observar a disseminação de informações sobre o vírus Zika em metrô de algumas cidades dos EUA e em aeroportos em diferentes cidades dos EUA, Brasil e Haiti. Incluiremos fotos dessas comunicações no Anexo à tese. A disseminação da campanha, ao menos nas Américas, foi ampla, com foco em diferentes públicos, sobretudo

Figura 6 – Ações previstas por parceiro para cumprir o objetivo de engajamento comunitário e comunicação sobre os riscos

Key Activities	
Activity	Organization
Activate networks of social science experts to advise on community engagement	WHO
Coordinate and collaborate between partners on risk communication messaging and community engagement for Zika	WHO, PAHO, Save the Children
Develop communication and knowledge packs and associated training on Zika and all related and evolving issues for communication experts	WHO, Save the Children
Engage communities to communicate the risks associated with Zika virus disease and promote vector control, personal protection measures, reduce anxiety, address stigma, dispel rumours, and cultural misperceptions,	WHO, PAHO, UNDP, UNICEF, AmeriCares, International Medical Corps
Proactively brief and educate global network of local journalists to report accurately and effectively on Zika and related issues and support active engagement with communities and frontline health workers to collaborate and co-develop tailored tools for health services	WHO, Malteser International
Support countries in risk and crisis communications through training experts and deploy communications expert and ensure the integration of risk communication considerations into technical guidance, as needed	WHO, PAHO, UNICEF
Develop and disseminate targeted risk communication messages and material on Zika and associated complications for key audience such as women of reproductive age, pregnant women, healthcare workers, clinicians, travel and transport sector stakeholders, and others	WHO, PAHO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, Save the Children, National Institute for Communicable Diseases of the National Health Laboratory Service (NICD) South Africa
Conduct social science research to understand individual, family and community perceptions, attitudes, expectations, and behavioural responses concerning fertility decisions, contraception, abortion, pregnancy care, and care of infants with microcephaly and persons with GBS, and to inform the development of messages suited to context, and to further scale interventions	WHO, UNICEF
Support countries to monitor the impact of risk communications through surveying knowledge and behaviour with regard to Zika and its potential complications	PAHO

Fonte: OMS (2016). *Zika: strategic response framework & joint operations plan*, Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/strategic-response-framework.pdf> Acesso em 29/3/2017.

A demanda de fundos no documento produzido em fevereiro pela OMS foi de aproximadamente US\$ 55,8 milhões¹²¹. Desse total, aproximadamente 95% são destinados para agências e organizações do sistema ONU. No entanto, o acesso aos fundos enfrentou mais dificuldade do que o esperado pela OMS e até dezembro de 2016 haviam sido arrecadados US\$ 23,9 milhões, conforme demonstrado pela Figura 7. Os dois maiores doadores para as ações estratégicas sobre o Zika são o USAID e o Departamento Britânico de Desenvolvimento. A participação da USAID é histórica em ações que envolvem o controle de doenças e, como pudemos analisar no Capítulo 1, ações de controle de natalidade.

Assim, ao longo do tempo, organizações internacionais, que possuem ações transnacionais atualizam os temas com os quais estão diretamente relacionadas sem, no entanto, distanciar-se de maneira expressiva dos temas que lhes são mais caros. Assim, a USAID ainda permanece próxima de ações que tratam ou têm impacto na América Latina, área de forte influência dos Estados Unidos e com potencial de trazer consequências significativas para o modo de vida americano, dada a proximidade geográfica da região com o território dos EUA. Ao mesmo tempo, segue financiando ações que envolvem o planejamento reprodutivo, voltando-se para um dos temas de preocupação perene da USAID: o controle de natalidade em países subdesenvolvidos.

¹²¹ No documento de julho, a demanda não exaustiva por fundos chegou a US\$ para o período entre julho de 2016 e dezembro de 2017 (OMS, *Zika Strategic Response Plan, Revised for July 2016 – December 2017*: 24).

Figura 7 – Distribuição da contribuição financeira para o programa de emergência em torno do vírus Zika, por financiadores – Fevereiro a Dezembro de 2016

Total de fundos recebidos: US\$ 23,9 milhões

Fonte: OMS. WHO's response to Zika virus and its associated complications. Report to Donors, Dezembro de 2016, p. 11.
Disponível em: <http://who.int/emergencies/zika-virus-tmp/response-zika-2017.pdf>. Acesso em 28/3/2017.

Em 18 de novembro de 2016, Dra. Margaret Chan, após a quinta reunião do Comitê de especialistas, considerando as descobertas científicas em torno da infecção pelo vírus Zika e pela adoção dos termos da estratégia delineada inicialmente pela OMS, declarou o fim da “emergência de saúde pública de importância internacional”. O Comitê afirmou durante a reunião que

“o vírus Zika e suas consequências ainda são um desafio de saúde pública e requerem ações intensas, mas não representam mais uma situação de emergência como definido pelo Regulamento de Saúde Internacional. Muitos aspectos da doença e das suas consequências associadas ainda precisam ser entendidos, mas isso pode ser melhor realizado por meio de pesquisas de longo prazo. O Comitê de Especialistas recomenda que a situação de emergência seja transformada em um programa sustentado de trabalho com recursos dedicados para lidar com a natureza perene da doença e suas consequências associadas” (OMS, 18/11/2016).¹²²

Entre as conclusões que o período de alerta trouxe de conhecimento da epidemia para além dos efeitos na saúde, destacamos os conteúdos dos quadros das Figura 8 e 9. A Figura 8 apresenta o número de países e de territórios, por região da OMS, com casos de transmissão local do vírus Zika. É possível perceber que as Américas são, juntamente com o Pacífico Ocidental, as regiões com o maior número de países atingidos pelo vírus. Em certa medida, a concentração nessas regiões aumenta

¹²² “The EC felt that Zika virus and associated consequences remain a significant enduring public health challenge requiring intense action but no longer represent a PHEIC as defined under the IHR. Many aspects of this disease and associated consequences still remain to be understood, but this can best be done through sustained research. The EC recommended that this should be escalated into a sustained programme of work with dedicated resources to address the long-term nature of the disease and its associated consequences”. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/>. Acesso em 6/4/2017.

a pressão sobre os efeitos associados à contaminação pelo vírus na medida em que é a variante asiática que circula nessas regiões. Diferente dela, a variante africana¹²³ do mosquito não produz os mesmos efeitos neurológicos em crianças e adultos/os.

Figura 8 – Distribuição cumulativa do número de países e territórios com casos de transmissão local do vírus Zika, por região da OMS – anual (2007-2014) e mensal (2015-2016)

Regiões da OMS: **AFRO:** Regional Office for the African Region; **PAHO:** Regional Office for the Americas; **WPRO:** Regional Office for the Western Pacific; **SEARO:** Regional Office for South-East Asia.

Fonte: OMS. Situation report: zika vírus, microcephaly, Guillain-Barré syndrome. 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251905/1/zikasitrep8Dec2016-eng.pdf>. Acesso em 6/4/2017.

De maneira geral, a principal mudança na epidemia ocorreu a partir de novembro de 2015, com um aumento expressivo do número de países americanos relatando a transmissão endêmica do vírus Zika em seus territórios, modificando a circulação quase exclusiva do vírus nas regiões do Pacífico Ocidental e do Sudeste Asiático. Entre as quatro regiões destacadas no gráfico reproduzido, a única que não sofreu alterações no padrão de distribuição foi esta última região, o que pode demonstrar tanto o isolamento de territórios dessa região à circulação de pessoas vindas de áreas com a transmissão ativa do vírus quanto a possibilidade de imunização das populações locais gerada por um histórico prévio de contato e contaminação com o vírus.

A Figura 9 apresenta o número de casos notificados de microcefalia ou de síndrome neurológica causada pelo vírus Zika, por países, segundo o provável local de infecção. Os cinco países

¹²³ Há duas variantes do mosquito, de acordo com a OMS. A variante asiática é a que possui os efeitos colaterais relacionados ao desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré e das complicações da síndrome neurológica congênita do vírus Zika. A variante africana, até o momento, não apresenta as mesmas referências, apesar de haver casos de more entre macacos infectados pelo vírus de maneira endêmica em países como Uganda, no início da circulação do vírus.

com o maior número de casos relatados são: Brasil (com um número de casos 37 vezes maior que o segundo colocado), Colômbia, Estados Unidos, República Dominicana e Guatemala.

Figura 9 – Países e territórios com casos notificados de microcefalia ou síndrome neurológica congênita potencialmente associados à infecção pelo vírus Zika

Reporting country or territory	Number of microcephaly and/or CNS malformation cases suggestive of congenital Zika virus infections or potentially associated with a Zika virus infection	Probable location of infection
Argentina	2	Argentina, Bolivia
Bolivia	9 ²	Bolivia
Brazil	2211 ³	Brazil
Cabo Verde	9	Cabo Verde
Canada	2	Undetermined
Colombia	60 ⁴	Colombia
Costa Rica	2	Costa Rica
Dominican Republic	22 ⁵	Dominican Republic
El Salvador	4	El Salvador
French Guiana	14 ⁶	French Guiana
French Polynesia	8	French Polynesia
Grenada	1	Grenada
Guadeloupe	1	Guadeloupe
Guatemala	15 ⁷	Guatemala
Haiti	1	Haiti
Honduras	2	Honduras
Marshall Islands	1	Marshall Islands
Martinique	14 ⁸	Martinique
Nicaragua	2 ⁹	Nicaragua
Panama	5	Panama
Paraguay	2 ⁹	Paraguay
Puerto Rico	7 ¹⁰	Puerto Rico
Slovenia	1 ¹¹	Brazil
Spain	2	Colombia, Venezuela (Bolivarian Republic of)
Suriname	2	Suriname
Thailand	2	Thailand
Trinidad and Tobago	1	Trinidad and Tobago
United States of America	33 ¹²	Undetermined*
Viet Nam	1	Viet Nam

*The probable locations of three of the infections were Brazil (one case), Haiti (one case) and Mexico, Belize or Guatemala (one case).

Fonte: OMS. Situation report: zika vírus, microcephaly, Guillain-Barré syndrome. 8 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251905/1/zikasitrep8Dec2016-eng.pdf>. Acesso em 6/4/2017.

Apesar de os países com o maior número de casos estarem concentrados nas Américas, há casos relatados de microcefalia em diferentes continentes. A difusão do número de casos reforça o caráter global da epidemia e o caráter transnacional do desafio a ser enfrentado em relação às consequências deixadas pela infecção causada pelo vírus, tal como alerta o documento final do Comitê de Especialistas da OMS. No entanto, a magnitude do número de casos de microcefalia no Brasil e a rapidez de disseminação dos casos causam estranheza e levam às óbvias perguntas: o que fez que a epidemia alcançasse esta magnitude no Brasil? O que foi feito para o controle da contaminação das pessoas no território brasileiro tanto pelo Estado quanto pela sociedade civil? Nas próximas seções debateremos alguns elementos que acreditamos são fundamentais para entender a epidemia e suas características no Brasil.

2. O Estado brasileiro na epidemia

Nesta seção apresentaremos as diferentes ações desenvolvidas pelo Estado brasileiro no contexto da epidemia. Ela está organizada em cinco tópicos, que discutem a importância de condicionantes socioeconômicas para a distribuição das pessoas afetadas pela epidemia, as políticas focadas no combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, a atenção às pessoas com microcefalia, a geração de indicadores e expertise e o desenvolvimento de parcerias para lidar com a epidemia.

2.1. *O racismo ambiental como fator explicativo da epidemia*

“O Zika é mais um indicador de desigualdade que persiste no Brasil contemporâneo, mesmo após várias décadas de democracia” (LESSER e KITRO, 2016: 167).

“De forma simplificada, pode-se situar que os riscos decorrentes da insalubridade do meio afetam com maior intensidade as populações de menor status socioeconômico” (HELLER, 1998: 74).

O acesso ao saneamento básico ainda é não universalizado no Brasil. Segundo dados do Atlas de Saneamento (2011), 44,8% dos municípios não têm serviço de esgotamento sanitário e 33 declaram não oferecer água encanada. A razão mais provável para a permanência dessa situação é que as comunidades ou grupos sem acesso a tais serviços careçam de importância social, uma vez que são socialmente marginalizadas e, portanto, suas necessidades podem ser consideradas descartáveis ou desimportantes política e socialmente. O tratamento de esgotos, o abastecimento de água e a coleta de lixo - como podemos ver nas Tabelas 3 e 4 - são serviços quase universais em lares urbanos, mas estão menos disponíveis para as famílias lideradas por negras/os - homens e mulheres, ressaltando uma característica das desigualdades no país:

"A tendência geral é de redução das desigualdades no tempo. Além disso, certos serviços, como energia e coleta de lixo, não apresentam mais desigualdades de acesso expressivas. Esgotamento sanitário é o serviço de acesso mais desigual e apresenta ainda grandes diferenças entre grupos sociais diversos. Em período recente, as desigualdades continuam fortemente presentes em esgotos, abastecimento de água e ausência de banheiros" (MARQUES, 2015: 240).

Tabela 3 – Proporção de domicílios urbanos com abastecimento de água, segundo sexo e raça cor da/o chefe do domicílio – Brasil e Grandes Regiões – 1995 e 2015

Raça/cor	Região	Total		Homem		Mulher	
		1995	2015	1995	2015	1995	2015
Total	Brasil	85,5	93,5	85,5	93,2	85,4	94,0
	Norte	55,1	71,1	54,0	70,4	58,7	72,0
	Nordeste	73,9	91,7	73,8	91,3	74,3	92,2
	Sudeste	92,9	96,5	93,1	96,1	92,4	97,2
	Sul	90,5	96,4	90,2	96,3	91,6	96,6
	Centro-Oeste	75,2	93,8	74,8	93,1	76,6	94,8
Branca	Brasil	91,3	95,4	91,1	94,9	91,9	96,1
	Norte	64,4	70,3	62,8	68,6	70,0	72,8
	Nordeste	82,0	92,1	81,7	91,2	82,7	93,1
	Sudeste	95,4	97,3	95,4	96,9	95,3	97,8
	Sul	91,1	96,3	90,7	96,1	92,8	96,7
	Centro-Oeste	79,9	94,1	79,1	92,8	83,1	96,0
Negra	Brasil	76,6	91,8	76,7	91,6	76,3	92,1
	Norte	51,2	71,3	50,4	70,9	54,0	71,9
	Nordeste	70,3	91,6	70,3	91,3	70,3	91,9
	Sudeste	87,5	95,7	87,9	95,1	86,4	96,5
	Sul	87,2	96,8	87,6	97,0	85,9	96,5
	Centro-Oeste	70,4	93,6	70,4	93,3	70,3	94,0

Fonte: PNAD/IBGE, Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça/IPEA.

Considerando a alta proporção de domicílios com acesso tanto ao abastecimento de água quanto à rede de esgotos, é importante ressaltar que os dados não abordam questões sobre a qualidade e regularidade dos serviços (MARQUES, 2015). Para a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), a existência de uma torneira dentro do domicílio já é considerada fonte de água adequada. Ou seja, a qualidade e a disponibilidade da água que chega pela torneira não é problematizada e/ou retratada pelos dados da PNAD. O mesmo vale para o esgoto. O tratamento dos rejeitos, por exemplo, não é imprescindível para considerar que a casa tenha acesso a esgotamento adequado – e muitas vezes os esgotos não-tratados poluem corpos de água usados para o abastecimento d'água para consumo.

Tabela 4 – Proporção de domicílios urbanos com acesso a esgotamento sanitário, segundo sexo e raça/cor da/o chefe do domicílio - Brasil e Grandes Regiões – 1995 e 2015

Raça/cor	Região	Total		Homens		Mulheres	
		1995	2015	1995	2015	1995	2015
Total	Brasil	61,4	74,9	60,8	74,5	63,4	75,5
	Norte	10,4	29,0	9,1	27,8	14,7	30,6
	Nordeste	30,6	56,4	30,0	55,4	32,2	57,5
	Sudeste	84,1	93,2	83,7	92,9	85,3	93,8
	Sul	49,0	73,7	48,0	72,0	53,0	76,3
	Centro-Oeste	39,0	58,8	37,3	57,1	45,8	61,4
Branca	Brasil	70,0	81,7	69,3	80,7	72,5	83,1
	Norte	14,0	32,2	12,8	30,5	18,2	34,7
	Nordeste	36,1	59,8	35,0	57,3	39,4	62,6
	Sudeste	88,1	95,0	87,8	94,5	89,3	95,7
	Sul	51,1	74,7	50,2	73,0	55,0	77,4
	Centro-Oeste	43,1	64,0	41,0	61,7	51,6	67,4
Negra	Brasil	47,3	68,8	46,7	68,7	49,6	68,8
	Norte	8,8	28,2	7,5	27,0	13,2	29,6
	Nordeste	27,9	55,1	27,7	54,6	28,3	55,7
	Sudeste	75,0	91,2	74,4	91,0	76,9	91,6
	Sul	37,2	70,3	35,7	68,9	43,1	72,6
	Centro-Oeste	34,7	55,5	33,2	54,0	40,0	57,6

Fonte: PNAD/IBGE, Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça/IPEA.

Durante os meses em que visitamos casas em Pernambuco¹²⁴, o que pudemos presenciar é que as pessoas precisam acumular água em grandes e diversos reservatórios para enfrentar os longos períodos sem água nas torneiras (em alguns distritos de Goiana, o abastecimento de água acontece apenas uma vez na semana), já que além dos problemas estruturais de abastecimento, a região está lidando com uma seca nos últimos quatro anos. Nesses termos, particularmente marcante foi a visita a uma casa de duas irmãs com mais de 70 anos cada uma. Ambas relataram ter tido Chikungunya no ano de 2015. Para elas, que possuem outras doenças crônicas – como diabetes, artrose e pressão alta – a infecção por Chikungunya torna-se ainda mais penosa, porque os efeitos da doença são perenes e debilitadores. Fizemos a conversa na varanda da casa, todas nós sentadas em cadeiras e ladeadas por duas enormes caixas d’água em que as irmãs já haviam encontrado alguns “martelos” (as temidas larvas do mosquito *Aedes Aegypti*). Há várias medidas paliativas sugeridas pelas agentes

¹²⁴ O trabalho de campo foi realizado entre setembro e novembro de 2016 e fevereiro de 2017 e cobriu os municípios de Recife – nos bairros Várzea, Brasilit e Arruda –, de Goiana – nos distritos de Ponta de Pedras, Tejucupapo, São Lourenço, Catuama e Barra de Catuama – e o Sertão Pernambucano – Arcoverde e Tapissuma.

comunitárias de saúde: ir até o posto e pedir a solução de hipoclorito para colocar no reservatório; colocar alguns peixes na água para que “eles não deixem as larvas crescerem”; cobrir os reservatórios com lonas e colocar elásticos para elas ficarem bem esticadas – o que reduz as chances de os mosquitos entrarem; e deixar a casa limpa. As mulheres, em geral, as mais afetadas pelo mosquito¹²⁵, por desempenharem suas atividades predominantemente em casa, se indignam: “a casa fica limpa, mas veja a rua: a prefeitura deixa o lixo acumular e quer nos culpar pela epidemia do mosquito” (relatos de diferentes entrevistadas). A Figura 10, parte da publicação *Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia*, reproduz a ideia de que as rotinas de limpeza da casa estão vinculadas ao combate do mosquito e da microcefalia, uma abordagem higienista da epidemia e das doenças a ela associadas.

Figura 10 – “Sábado da faxina”

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.

O acesso a água tratada, coleta de lixo e esgotamento sanitário é determinado por condições socioeconômicas específicas, baseadas nas desigualdades perenes da sociedade brasileira. Assim, como apontam os excertos com que iniciamos esta seção, a infecção pelo vírus Zika corresponde a uma reprodução das desigualdades e hierarquias ao longo do tempo. Reprodução de hierarquias que não é nova, como veremos no ponto seguinte desta seção, uma vez que a principal política pública em torno de doenças transmitidas por vetores data de uma abordagem higienista do início do século XX.

A exposição desproporcional de populações negras a fatores ambientais contaminantes foi definida na década de 1980 como *racismo ambiental* por ativistas do movimento negro dos EUA (ACSELRAD, 2002: 53). As bases para a formação do conceito de racismo ambiental e do nascimento do movimento de justiça ambiental estão vinculadas sobretudo à instalação de lixões e de

¹²⁵ Segundo informações do Ministério da Saúde, 2/3 dos criadouros de mosquitos localizam-se em residências (Site do MS, Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/orientacoes-gerais/117-cuidados-casa-e-apartamento> . Acesso em 9/4/2017).

outros estabelecimentos que lidam com poluentes próximos a áreas majoritariamente habitadas por populações negras e latinas nos EUA. Aqui, adotamos uma ampliação deste conceito, ao ressaltar que não apenas implantam-se políticas com externalidades negativas em regiões com um perfil racial específico, mas também que políticas públicas deixam de ser implementadas por fatores que remetem a esse mesmo perfil.

O racismo ambiental no Brasil faz que áreas marginalizadas das cidades, com populações majoritariamente negras e pobres, tendam a ter pior acesso a serviços públicos (menos escolas, hospitais, farmácias, praças e parques, espaços de lazer e cultura, iluminação pública, saneamento básico), o que gera uma reprodução de eventos negativos que impactam a capacidade de ruptura com a marginalidade historicamente imposta a esses grupos populacionais. A restrição de acesso a saneamento básico (acesso a água tratada, esgotamento sanitário e coleta de lixo) submete grupos populacionais específicos a diferentes epidemias ao longo do tempo, epidemias que são tratadas, na maioria das vezes, unicamente como um problema de existência do vetor e não da falta de uma estrutura ambiental salubre¹²⁶.

Em uma perspectiva interseccional, as mulheres, pela divisão sexual do trabalho, são as que mais estão expostas às consequências de saúde do racismo ambiental. Por um lado, como afirmamos anteriormente, são elas que ficam em casa, próximas às áreas insalubres. Por outro, são as responsáveis pelo cuidado de qualquer pessoa que venha a adoecer. Nas casas de famílias chefiadas por homens negros e que, portanto, têm mulheres que mais ficam em casa, os números de acesso a esgotamento e água apresentam os piores indicadores, reforçando os determinantes de sexo e raça que determinam o padrão de adoecimento pelo vírus Zika. O Boletim Epidemiológico nº 37, volume 47, de 2016, ressalta a maior vulnerabilidade das mulheres grávidas à infecção pelo vírus Zika. O Boletim descreve a prevalência da contaminação pelo vírus Zika de mulheres em idade fértil e de mulheres grávidas, apresentando, diferente dos demais boletins, dados sobre raça/cor. As mulheres correspondem a aproximadamente 68% dos casos prováveis de infecção pelo vírus Zika até a segunda semana de agosto de 2016. Dessas, 72,8% estavam em idade fértil. No mesmo período 16,9% das

¹²⁶ Em debate durante a 278ª Reunião do CNS, Emanuelle Aduni Gomes, representante do Odara – Instituto da Mulher Negra, fala sobre o racismo ambiental no contexto da epidemia do vírus Zika. No registro da ata da reunião, a intervenção está assim transcrita: “Acrescentou que a epidemia revela a desigualdade do país – perfil das pessoas e local onde vivem, assim, é preciso pensar os outros impactos, sobretudo para as mulheres negras. Falou sobre o “racismo ambiental” que se refere à falta de políticas públicas em territórios de acordo com raça, etnia, perfil da comunidade, ausência de políticas públicas ou investimento de indústrias para uso do território sem proteção social e do direito. Pontou questões que precisam ser debatidas nesse momento: ausência do saneamento básico; ausência do direito no exercício da ação no que se refere aos direitos reprodutivos – não há métodos contraceptivos disponíveis na qualidade e quantidade necessária; e garantia dos serviços especializados para crianças com microcefalia” (BRASIL, Ata da 279ª Reunião do CNS, 16/3/2016).

peessoas infectadas pelo vírus eram mulheres grávidas. Sobre o registro do recorte racial da epidemia: em 58,7% dos casos o registro de cor/raça das mulheres não foi realizado pelas profissionais de saúde. Das mulheres com provável infecção pelo vírus Zika com registro de raça/cor, aproximadamente 64% são mulheres negras e mulheres negras em idade fértil. Entre as gestantes, 63,5% das provavelmente infectadas são mulheres negras.

Figura 11 – Reprodução parcial da “Tabela 2 – Distribuição dos casos prováveis de febre pelo vírus Zika em mulheres, mulheres em idade fértil e gestantes, segundo variáveis sociodemográficas, até a Semana Epidemiológica 32, Brasil, 2016”

Variáveis	Mulheres (n= 132.068)		Mulheres Idade Fértil (n= 96.497)		Gestantes (n= 16.139)	
	n	%	n	%	n	%
Raça/cor da pele						
Branca	25.840	33,3	15.475	34,8	4.424	35,0
Preta	4.976	6,4	2.795	6,3	971	7,7
Amarela	895	1,2	479	1,1	161	1,3
Parda	45.423	58,6	25.598	57,5	7.042	55,8
Indígena	395	0,5	138	0,3	33	0,3
Total	77.529	100,0	44.485	100,0	12.631	100,0

Fonte: Boletim Epidemiológico nº 37, volume 47, de 2016, p. 5. Disponível em: http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/Virus_Zika_perfil_epidemiologico_em_mulheres.pdf Acesso em 24/5/2017.

O racismo ambiental, no caso brasileiro, pode ser entendido então como um padrão recorrente das políticas públicas de saneamento básico na medida em que sistematicamente os mesmos grupos populacionais sofrem a falta de acesso a esses serviços. A separação entre as políticas de saúde e de saneamento básico põe em risco a saúde desses grupos na medida em que são sempre os principais expostos a quaisquer epidemias cujos vetores – como o mosquito *Aedes Aegypti* – usem a falta de saneamento como mecanismo de reprodução. No contexto da epidemia do vírus Zika, o racismo ambiental tem consequências relevantes no exercício do direito reprodutivo das mulheres negras, como veremos nas seções que detalham as experiências das mães de bebês portadoras de microcefalia.

2.2. As políticas públicas de saúde durante a epidemia do vírus Zika: mais de 100 anos perseguindo mosquitos

“Se o mosquito pode matar, ele não pode nascer” (Ministério da Saúde)

Em 12 de novembro de 2015, por meio da Portaria 1813/2015, o Ministério da Saúde declarou “emergência em saúde pública de importância nacional” (ESPIN). A declaração foi motivada pelo alerta feito pela Secretaria de Saúde de Pernambuco em 22 de outubro, dado o registro crescente de crianças nascidas com microcefalia naquele estado e a ainda não confirmada relação entre a infecção de gestantes pelo vírus do Zika e a microcefalia. Com a declaração da ESPIN, foram iniciadas uma série de iniciativas voltadas a lidar com a epidemia e seus efeitos, como mostra a Figura 12.

Figura 12 – Linha do tempo dos principais eventos relacionados à ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalia no Brasil (2015 – 2016)

<ul style="list-style-type: none">22/10 - Notificação de PE ao MS23/10 - Notificação à OMS - RSI26/10 - Início das investigações			<ul style="list-style-type: none">09/12 – Definição de caso – PC 32 cm + outras condições14/12 - Protocolo de Microcefalia – Atenção à SaúdeImplantação da Sala Nacional de Comando e Controle (SNCC)Convocação do Grupo Executivo Interministerial de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII)Elaboração do Plano de Enfrentamento do Aedes e suas consequênciasReunião com especialistas nacionais			<ul style="list-style-type: none">01/02 – Declaração de ESPII17/02 – Nova portaria de DNC			<ul style="list-style-type: none">15/03 – Início da Estratégia de Ação Rápida (EAR)24/03 – Publicação do protocolo de vigilância		<ul style="list-style-type: none">31/10 – Término da EAR	<ul style="list-style-type: none">12/12 – Publicação das novas orientações
OUT 15	NOV 15	DEZ 15	JAN 16	FEV 16	MAR 16	ABR 16	MAI 16	OUT 16	NOV 16	DEZ 16		
<ul style="list-style-type: none">10/11 – Ativação do COES12/11 - Declaração de ESPIN17/11 – Definição de caso – PC 33 cm24/11 - campanha com informação sobre Zika28/11 - relação da microcefalia com a infecção pelo vírus ZikaEvidência: vírus Zika em líquido amniótico PBReunião com especialistas nacionais			<ul style="list-style-type: none">12/01 - Diretriz nacional para estimulação precoce de bebês com microcefalia (SAS)Evidência: Identificação de 4 casos de vírus Zika em RN e abortamentoEvidência: Identificação do vírus Zika em placentaReunião com especialistas			<ul style="list-style-type: none">25/05 – Disponibilização do SIRAM			<ul style="list-style-type: none">18/11 - OMS encerra a ESPII			

Fonte: Brasil. Secretaria de Vigilância de Saúde do Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Vol. 48, Nº 6, 2017. Disponível em: http://combatead.es.saude.gov.br/images/informes/2017_informe_epidemiologico_SE02.pdf . Acesso em 8/4/2017

Entre os documentos publicados pelo governo federal em relação à epidemia destacamos a *Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor*, publicada em 11 de maio de 2016. É o documento com maior amplitude de ações previstas, maior diversidade de atores envolvidos e com abordagem mais gerencial quanto às medidas a serem tomadas em diferentes áreas. O documento está estruturado em sete áreas, conforme aponta a Figura 13. Para os fins de nossa análise os blocos intitulados “Resposta” e “Parcerias” são os que analisaremos. O bloco “Resposta” está dividido em quatro áreas: “Combate”; “Cuidado e Acolhimento”; “Ciência, Tecnologia e Inovação”; e “Controle e monitoramento”. No bloco “Parcerias”, define-se de maneira ampla quem seriam as parcerias: órgãos internacionais, outros países afetados e entidades do setor privado. Grosso modo, as ações adotadas pelo Ministério da Saúde podem ser divididas em três tipos: **ações de controle do vetor** – o mosquito *Aedes Aegypti*; **ações de atendimento às crianças nascidas com microcefalia** e **ações voltadas para geração de informação e expertise**. Nesta seção apresentaremos as ações de controle do vetor e a abordagem do controle do mosquito em perspectiva histórica.

Figura 13 – Estrutura da Estratégia de Resposta

A iniciativa de “Combate” do mosquito estrutura-se em três pontos: estratégia de visitas, gestão de insumos para o combate do vetor e participação da sociedade. As campanhas de combate a epidemias, com ênfase voltada para o combate do mosquito datam do início do século XX, em que iniciativas de epidemiologistas brasileiros e financiamentos estrangeiros¹²⁷ visavam a eliminar as epidemias de febre amarela e extingui-las das Américas e, posteriormente, do globo. As primeiras campanhas de combate ao mosquito vetor foram estabelecidas na cidade do Rio de Janeiro, no contexto de modernização da cidade, sob a liderança de Oswaldo Cruz:

“Em 1904, Oswaldo Cruz recebeu autorização federal para efetuar amplas melhorias sanitárias no Brasil, o que incluiu a criação das ‘Brigadas Mata-Mosquitos’. Começando com esse programa, os agentes sanitários receberam autoridade legal para entrar na casa dos brasileiros e exterminar os mosquitos que transmitiam a febre amarela, bem como os ratos que transmitiam a peste bubônica. Não chega a surpreender que a reação pública às ‘Brigadas Mata-Mosquitos’ tenha sido ambígua. De modo geral, membros da elite acolheram bem um projeto que, a seu ver, resolveria os problemas nacionais da cultura, mão-de-obra e saúde ‘degeneradas’ decorrentes da escravidão e do número de cidadãos de ascendência africana no país. Os segmentos mais economicamente marginalizados, por outro lado, tendiam a ver os agentes sanitários mais como agentes de controle social dirigidos pelo Estado do que como indivíduos que priorizavam a saúde e o bem-estar da comunidade – especialmente quando

¹²⁷ Rodrigo Magalhães (2016) detalha as relações transnacionais estabelecidas entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller na formação de uma campanha continental para a erradicação do mosquito *Aedes Aegypti* ao longo do século XX, envolvendo a OMS e a OPAS, e voltadas para o controle da transmissão da febre amarela.

realizavam o seu trabalho escoltados por policiais armados. De fato, até meados do século XX, um dos termos oficiais usados para designar essas pessoas era polícia sanitária” (LESSER e KITRON, 2016: 170).

A partir de 1915, com a chegada de especialistas da Fundação Rockefeller, novas formas de combate ao mosquito são testadas. Ao invés de promover fumigações, o método preferencial de epidemiologistas locais¹²⁸, os especialistas da Fundação Rockefeller adotavam a técnica de combate às larvas do *Aedes Aegypti*:

“Depois de contabilizado o número total de residências de uma determinada cidade, ela era dividida em zonas de quatrocentas casas. Cada uma dessas zonas tinha que ser visitada pelo inspetor e seu assistente em um período máximo que variava de cinco a seis dias. Nessas visitas, porções de querosene eram diluídas nos depósitos de água com o objetivo de eliminar as larvas de *Aedes Aegypti*, em um processo conhecido como petrolagem, que era complementada pela colocação de peixes larvicidas. O equipamento utilizado pelos funcionários da Fundação Rockefeller nessas operações consistia em um recipiente d’água com os peixes, querosene e uma bandeira do ‘quadro de saúde’, que era pendurada em cada casa visitada” (MAGALHÃES, 2016: 73).

Como é possível perceber na Figura 14, os métodos de combate ao vetor de transmissão dos vírus da Zika, dengue e Chikungunya ainda se parecem com os métodos desenvolvidos nas primeiras décadas do século XX. Apesar de a OMS afirmar que “apenas esforços de controle do mosquito são pouco eficazes em promover solução de curto prazo para evitar a proliferação do vírus” (OMS, Junho/2016: 5)¹²⁹, as ações desenhadas pelo governo brasileiro e voltadas para o combate do vetor da epidemia preveem a definição de visitas de inspeção e a distribuição de insumos para o combate das larvas. Como novidades no processo de combate do vetor e reflexo do processo de participação na gestão das políticas de saúde inaugurada pelo Sistema Único de Saúde desde 1988, está prevista também a participação social na vigilância da epidemia. A inclusão da sociedade é feita não apenas como multiplicadora de informações para o controle do vetor, mas também como produtora de informações para a localização dos focos ao se adotar o “uso de aplicativos para mapeamento de locais críticos da presença de mosquitos”¹³⁰.

¹²⁸ “As fumigações tinham importância política para os sanitaristas brasileiros. As ações espetaculares baseadas nesse método facilitavam a conquista do apoio da população e das lideranças políticas. Nesse sentido, as fumigações destinavam-se não apenas a eliminar a febre amarela como também a acalmar a população irritada com a presença de *Aedes Aegypti*” (MAGALHÃES, 2016: 72).

¹²⁹ “Mosquito control efforts alone are unlikely to provide the short-term solution to prevent the proliferation of this virus” (OMS, JUN/2016: 5).

¹³⁰ Os aplicativos são desenvolvidos pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, com base em aplicativos de georreferenciamento que permitam às autoridades sanitárias providenciar o controle dos criadouros. A *Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor* cita como exemplos o “Sem dengue” e o “Caça mosquito” como aplicativos em funcionamento que possibilitam o controle social dos criadouros de mosquito.

Figura 14 – Temas no bloco de “Combate” do vetor da epidemia

Dada a necessidade de rapidez das iniciativas de combate ao mosquito e o número incipiente de profissionais nos serviços de saúde, a mobilização das Forças Armadas (sobretudo do Exército) é recorrente nas campanhas de combate ao mosquito¹³¹, o que nos remete à figura da polícia sanitária e à violência a ela vinculada por pessoas que têm suas casas inspecionadas. A definição da distribuição dos agentes públicos é definida por cada município, de acordo com a situação da epidemia no local. O governo federal é responsável pela disponibilização de larvicidas e adulticidas para o uso nos municípios de acordo com o grau da infestação de mosquitos nos locais. O controle da atuação das equipes de visita e controle do vetor no caso da epidemia do vírus Zika foi realizado pela Sala Nacional de Coordenação e Controle e por salas localizadas em estados e municípios em todo o país.

Além das ações de curto prazo, que dizem respeito ao controle do vetor, a *Estratégia* problematiza a necessidade de desenvolvimento de “ações estruturantes de longo prazo” (Figura 15). Entre essas ações destacam-se a menção à “construção de infra de saneamento básico e abastecimento de água em áreas pobres” e ao “investimento em saneamento ambiental”. Apesar dessas menções e de o documento apresentar iniciativas mais detalhadas para a sua implementação, não há detalhamento de como as ações de longo prazo devem ser postas em prática, assim como não há previsão de fundos orçamentários para sua implementação. Tal lacuna denota que essas ações, que podiam levar à superação de fatores ambientais causadores de doença que pudessem viabilizar o fim

¹³¹ Na epidemia atual, a participação das Forças Armadas é uma das diretrizes da Sala Nacional de Coordenação e Controle, responsável, entre outras coisas, por definir diretrizes, monitorar os procedimentos de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* e coordenar as ações dos órgãos federais na disponibilização de recursos em geral, a Diretriz SNCC nº 2/2015. Essa diretriz prevê o fornecimento de pessoal, transporte, comunicações e “outros tipos de apoio”.

da vitimização das populações mais empobrecidas, assim como a repetição de um ciclo vicioso de falta de recursos e de oportunidades, não estão no centro das preocupações do Estado brasileiro.

Figura 15 – Ações de combate segundo prazo de implementação

Fonte: Brasil. Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor, 11/5/2016, p. 31.

Com as campanhas focadas no combate do vetor, o governo responsabiliza a população pela redução das doenças transmitidas pelo mosquito. A Figura 16 traz imagens de algumas campanhas publicitárias. Nelas podemos ver diferentes formas de salientar a necessidade de controlar o mosquito. No canto superior esquerdo, há uma referência comum aos lugares onde o mosquito pode ter um ambiente do propício para pôr seus ovos: lixo, frascos vazios, pneus velhos, telhado através, vasos de flor e tanques de água. No canto inferior esquerdo uma foto de um pneu velho sobre uma poça lembra que o lixo na rua também é uma fonte de risco. No canto superior direito, o mosquito em si é representado por um mascote. Isso mostra quanta ênfase é dada ao mosquito na epidemia: ele foi metamorfoseado e é usado para alertar as pessoas do risco que ele mesmo representa. O canto inferior direito mostra uma peça muito interessante: focada nas características da epidemia em cada região do país, esta mostra as principais razões para a reprodução do mosquito. O cartaz diz: “Região Nordeste: 76% do foco do mosquito foram encontrados em barris e tanques de água. 63,2% dos municípios da Região estão em situação de alerta ou de risco”. O cartaz, no entanto, não problematiza porque tantas pessoas têm água acumulada em grandes quantidades.

Figura 16 – Campanhas do Ministério da Saúde para promover o controle do mosquito Aedes Aegypti (2015 e 2016)

Fonte: Página “Combate a dengue”, do Ministério da Saúde, no Facebook. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/combataadengue/about/?ref=page_internal Acesso em 20/3/2017.

As crianças também são parte do esforço da campanha de combate ao Aedes Aegypti. Foram produzidas músicas por artistas¹³² da música popular brasileira, com ênfase na necessidade de matar o mosquito e evitar o desenvolvimento de criadouros. As letras das músicas foram reunidas no livro “Crianças contra a Zika”, produzido para ser distribuído nas escolas.

¹³² Artistas que produziram músicas para a campanha de “Crianças contra a zika”: Zeca Baleiro, Hélio Ziskind, Arnaldo Antunes, Abujamra e Xis, Marisa Orth e Palavra Cantada.

Figura 17 – Reprodução de partes do livro “Crianças contra zika”

<p>Tema: Mutirão Canção: "Xô Xuá (Água Parada não Vai Ficar)" Compositor: Hélio Ziskind</p> <table border="0"> <tr> <td> <p>Água parada, água parada Água parada é muito bom pra mim Nasceu muitos mosquitinhos Sim, sim, sim</p> <p>Sim, sim, sim, o quê? Não, não!</p> <p>Não vou deixar, não Água parada pra mosquito, não Vai, garoto! Muito bem!</p> <p>Pensa onde é que tem Água parada...</p> <p>Vamos, vamos lá, virar o pneu Xô xuá Vira a garrafinha Xô xuá Caixa-d'água tampadinha Tum tum tum Vem ajudar</p> </td> <td> <p>Água parada pra mosquito? Não, não vai rolar! Olha o mosquito no vizinho Xô xuá Tira a água de lá Xô xuá Põe areia no lugar</p> <p>Chama o seu vizinho E fala pro vizinho Falar pro seu vizinho Que é pro bem de todo mundo E todo mundo tem que vir ajudar</p> <p>Não lata, na calha, no pneu Pensa no mosquito Não deixa a água parar Não, não</p> <p>Lava, lava Enxuga, enxuga</p> </td> <td> <p>Todo mundo Vem ajudar! Água parada pra mosquito, não Não vai rolar! Se o mosquito não tiver onde criar Não nasce mosquito pra picar Vamos lá, vamos lá</p> <p>Vamos ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Não, não</p> </td> </tr> </table>	<p>Água parada, água parada Água parada é muito bom pra mim Nasceu muitos mosquitinhos Sim, sim, sim</p> <p>Sim, sim, sim, o quê? Não, não!</p> <p>Não vou deixar, não Água parada pra mosquito, não Vai, garoto! Muito bem!</p> <p>Pensa onde é que tem Água parada...</p> <p>Vamos, vamos lá, virar o pneu Xô xuá Vira a garrafinha Xô xuá Caixa-d'água tampadinha Tum tum tum Vem ajudar</p>	<p>Água parada pra mosquito? Não, não vai rolar! Olha o mosquito no vizinho Xô xuá Tira a água de lá Xô xuá Põe areia no lugar</p> <p>Chama o seu vizinho E fala pro vizinho Falar pro seu vizinho Que é pro bem de todo mundo E todo mundo tem que vir ajudar</p> <p>Não lata, na calha, no pneu Pensa no mosquito Não deixa a água parar Não, não</p> <p>Lava, lava Enxuga, enxuga</p>	<p>Todo mundo Vem ajudar! Água parada pra mosquito, não Não vai rolar! Se o mosquito não tiver onde criar Não nasce mosquito pra picar Vamos lá, vamos lá</p> <p>Vamos ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Não, não</p>
<p>Água parada, água parada Água parada é muito bom pra mim Nasceu muitos mosquitinhos Sim, sim, sim</p> <p>Sim, sim, sim, o quê? Não, não!</p> <p>Não vou deixar, não Água parada pra mosquito, não Vai, garoto! Muito bem!</p> <p>Pensa onde é que tem Água parada...</p> <p>Vamos, vamos lá, virar o pneu Xô xuá Vira a garrafinha Xô xuá Caixa-d'água tampadinha Tum tum tum Vem ajudar</p>	<p>Água parada pra mosquito? Não, não vai rolar! Olha o mosquito no vizinho Xô xuá Tira a água de lá Xô xuá Põe areia no lugar</p> <p>Chama o seu vizinho E fala pro vizinho Falar pro seu vizinho Que é pro bem de todo mundo E todo mundo tem que vir ajudar</p> <p>Não lata, na calha, no pneu Pensa no mosquito Não deixa a água parar Não, não</p> <p>Lava, lava Enxuga, enxuga</p>	<p>Todo mundo Vem ajudar! Água parada pra mosquito, não Não vai rolar! Se o mosquito não tiver onde criar Não nasce mosquito pra picar Vamos lá, vamos lá</p> <p>Vamos ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Vem ajudar Água parada não vai ficar Não, não</p>		
<p>Fonte: Sítio Crianças contra Zika, do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.criançascontrazika.com.br Acesso em 9/4/2017.</p>				

O livro é composto por seis canções, separadas por seis temas (mosquito, mutirão, educação, gravidez, sintomas, criadouros do mosquito), que permitem a estruturação de atividades mais amplas, para além das canções. Destacamos a seguir algumas letras que repetem a ideia do combate ao mosquito, a necessidade de seu extermínio e a responsabilização das pessoas (a criança assume o papel de herói do país) no seu controle:

Quadro 1 – Reprodução de trechos das canções da campanha “Crianças contra zika”

<p><i>O odioso do Egito – Zeca Baleiro</i> (...) Eu sou <u>dengoso e perigoso</u> Minha <u>picada é do mal</u> Pois eu transmito os três vírus Como eu não tem igual É zika, dengue e chikungunya Com isso eu <u>posso te derrubar</u> <u>Tu não me pega</u> com tua unha Não adianta buzinar (...)</p>	<p><i>Ninguém vai me machucar – Marisa Orth</i> (...) Um bebê está para chegar Um bebê está para chegar Por isso eu vou me cuidar <u>O zika vírus não vai me achar</u> <u>O zika vírus não vai me pegar</u> Um repelente eu vou passar Meias compridas e roupas longas Eu sou gestante com muito amor (...)</p>
<p><i>Mutirão – Hélio Ziskind</i> (...) Vamos, vamos lá, virar o <u>pneu</u> Xô xuá Vira a <u>garrafinha</u> Xô xuá <u>Caixa-d'água</u> tampadinha</p>	<p><i>Sai dessa zika – André Abujamra e Xis</i> (...) Cuide bem da mamãe, do papai e do idoso <u>Faça a sua parte pra tudo ficar maravilhoso</u> O vírus pode te deixar doente, mas você sabe qual é a solução?</p>

<u>Água parada pra mosquito?</u> <u>Não, não vai rolar!</u> Olha o mosquito no <u>vasinho</u> Põe areia no lugar (...)	<u>Cuide bem da sua casa, sua família, sua geração</u> Sentiu dor, febre, mancha no corpo, um negócio estranho? <u>Procure um médico, procure logo</u> <u>e a batalha estará ganha (...)</u>
<i>Na Escola – Arnaldo Antunes</i> (...) Nossa <u>cantina bem limpinha</u> , nossa tia eu vou <u>cobrar</u> Sem garrafa ou copo d'água, eu não deixo acumular <u>Sou herói da minha gente</u> <u>Vou cuidar do meu país</u> Vou mostrar pra todo mundo O valor de um aprendiz (...)	<i>Vira Vira é a solução – Palavra Cantada</i> (...) Esse mosquito da zika e da dengue <u>Não escolhe casa, não escolhe gente</u> Canos e ralos, calhas e becos Devem ser limpos, devem ser secos (...) Vamos <u>acabar</u> com esse mosquito <u>Eliminar</u> esse mosquito <u>Exterminar</u> esse mosquito <u>Extinguir</u> esse mosquito (...)
Fonte: Sítio Crianças contra Zika, do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.criançascontrazika.com.br Acesso em 9/4/2017. Grifos nossos.	

A ênfase dada ao mosquito torna-o conhecido das pessoas e em certa medida naturaliza a sua presença de tempos em tempos no país. Personificar um mosquito de menos de um centímetro em uma pessoa adulta com mais de 1,5 metro tende a intimidar e não de informar a população. O mosquito é a grande ameaça. O padrão da contaminação é pouco debatido e explorado ou é descartado – como demonstra a letra da canção : “[esse mosquito] não escolhe casa, não escolhe gente” – na elaboração da política, o que tende a invisibilizar os problemas socioeconômicos e a de acesso a políticas públicas que reproduzem as epidemias no país. Em resumo, a política praticada atualmente com foco no combate ao mosquito repete padrões da epidemiologia do início do século XX, como argumentam Lesser e Kitron:

“Cartazes de advertência com imagens enormes de mosquitos tornaram-se parte integrante da paisagem visual brasileira contemporânea. Embora alguns desses cartazes ofereçam uma visão realista da ameaça, grande parte da campanha retrata os mosquitos como monstros com presas, um resquício das imagens do início do século XX usada pelo governo em folhetos educativos” (LESSER e KITRON, 2016: 171).

Interessante é pensar como essa lógica de combate ao mosquito, que se tem mostrado insuficiente para combater o mosquito e sua proliferação, mais de 100 anos depois do início de sua implementação, é ainda apresentada como a principal alternativa para tratar das epidemias vinculadas ao vetor. Ao contrário do que se afirma, a epidemia do vírus Zika não é democrática e não afeta a todos os grupos sociais de forma igual. Existe um processo histórico e sustentado que permite o

adoecimento de grandes parcelas da população, o que tende a reforçar um ciclo vicioso de empobrecimento e adoecimento, uma vez que, como vimos anteriormente, o acesso à saúde também é determinado pelas condições sanitárias em que as pessoas vivem.

2.3. Para além do mosquito. A atenção à microcefalia: políticas desenhadas para lidar com o impacto da epidemia nas famílias.

Dado o surto inesperado da epidemia de Zika e a descoberta da relação entre a infecção por Zika e a microcefalia e a falta de políticas públicas voltadas para o atendimento da população deficiente no Brasil, não havia políticas específicas construídas para lidar com o problema. Entre as políticas desenhadas para atender as famílias de crianças com microcefalia, destacam-se a **Instrução Operacional Conjunta nº 1 MS/MDS¹³³**, a **Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR)¹³⁴** e as **Diretrizes de estimulação precoce**.

O plano de ação apresentado na Instrução Interministerial não traz muitas novidades na medida em que a maior parte do documento trata de repetir as medidas necessárias para o controle do vetor, dentro da concepção do eixo de ação chamado “Prevenção”. Entre as diferenças desse documento ressaltamos a abordagem para além da área de saúde, integrando a atenção da assistência social ao trabalho em relação à epidemia. Nesse sentido, apesar de haver a repetição da necessidade de informar a população sobre os meios de combate ao mosquito, das medidas de controle do acúmulo de água, o documento ressalta novas necessidades de atenção das/os gestoras/es de políticas públicas. Destacamos uma medida do Eixo Prevenção, com foco nas medidas da assistência social:

“c) Realização de ações socioassistenciais por meio dos Serviços da Proteção Social Básica e Especial: (...)”

3. Priorizar a discussão sobre Direitos das Pessoas com Deficiência nas atividades dos serviços socioassistenciais, para evitar estigmatizações e preconceitos” (Instrução Operacional Conjunta nº 1 MS/MDS, 2016).

Como veremos na próxima seção, uma das dificuldades relatadas pelas mulheres que são mães de bebês com microcefalia é o enfrentamento do preconceito e da discriminação tanto em serviços

¹³³ A Instrução foi publicada em fevereiro de 2016. Ela “estabeleceu procedimentos e rotinas conjuntas de atenção às famílias no âmbito do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti* e na atenção às famílias com casos de crianças microcefálicas” (Brasil, BO 48, 6, 2017: 6)

¹³⁴ A Estratégia foi instituída pela Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016.

públicos quanto no cotidiano. Essa medida ressalta a importância da sensibilidade dos profissionais aos estigmas e aos preconceitos, o que em si não resolve as situações relatadas pelas mulheres e pelas famílias de bebês com microcefalia, mas permite denúncias e punições a profissionais que ajam no sentido contrário da normativa.

O segundo eixo de atuação da assistência social está vinculado à atenção das famílias de bebês com microcefalia: **Eixo Acolhida, Cuidados e Proteção Social**. Entre as ações mais relevantes desse eixo, destacamos: 1. A percepção das determinantes socioeconômicas no processo de adoecimento pelo vírus Zika: “essas doenças têm atingido as parcelas mais pobres da população brasileira, que conformam, portanto, o público efetivo ou potencial do Bolsa Família” (Instrução Operacional Conjunta no. 1 MS/MDS, 2016); 2. Criação de uma série de laços entre a gestante, a criança e o Estado de forma a garantir o tratamento continuado da criança. Entre os procedimentos listados na Instrução que são de responsabilidade da assistência social, ressaltamos três:

- “d) Inserir ou atualizar as informações da pessoa e de sua família no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – Cadastro Único e inserir no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF ao realizar o atendimento da gestante no CRAS; (...)
- e) Realizar atendimento individualizado, por parte da equipe do PAIF, para escuta qualificada das necessidades da gestante e da família e sua inclusão prioritária no Acompanhamento Familiar; (...)
- m) Identificar as barreiras e construir alternativas para superar as situações que dificultam o acesso e o acompanhamento no processo de estimulação precoce e outros cuidados de saúde dessas crianças” (Instrução Operacional Conjunta nº 1 MS/MDS, 2016).

No que tange à Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR), ela vigeu entre 15 de março e 31 de outubro de 2016¹³⁵ e envolveu o SUS e o SUAS, mais uma vez uma articulação entre o Ministério da Saúde e o da Assistência Social e Combate à Fome.

“Dada a necessidade de esclarecer os casos suspeitos de microcefalia por meio de laudo médico e garantir o acesso assistencial a exames, consultas e tratamentos especializados, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Atenção Básica à Saúde, foi publicada a Portaria Interministerial no 405, de 15 de março de 2016, instituindo a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR), destinando recursos financeiros federais adicionais aos já disponíveis nos tetos financeiros de estados e municípios de média e alta complexidade no formato de incentivo. O público-alvo inicial da EAR foram 4.976 crianças em todo o território nacional. Esse número, e a sua distribuição entre as UFs, foi definido considerando-se o somatório de casos de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central “em investigação” e casos “confirmados”, de 2015 a 2016, constantes do Informe Epidemiológico nº. 16” (Brasil, BO 48, 6, 2017: 18, grifos nossos).

¹³⁵ O prazo de funcionamento inicial era até 31/5/2016, conforme a Portaria que institui a EAR.

O principal objetivo da EAR era reduzir o tempo entre a notificação e a confirmação dos casos, assim como produzir um modelo de laudo médico que facilitasse a demanda pelo Benefício de Prestação Continuada a que as crianças têm direito. Para tanto, a EAR interconecta os serviços de assistência e saúde, sugerindo a profissionais de uma e outra área a explicarem os programas disponíveis para as famílias de bebês com microcefalia nos serviços de assistência social e saúde. O incentivo aos estados em produzirem os dados e ações previstas pela Portaria Interministerial é a liberação de fundos orçamentários para a implementação das ações previstas a atender as famílias de bebês com microcefalia. A análise de implementação da EAR ressalta a capacidade de produzir confirmação ou descarte de casos de bebês com microcefalia. No entanto, importante considerar que tal afirmativa é questionada pelas mulheres mães de bebês com microcefalia na medida em que muitas nunca receberam de volta os laudos de avaliação das condições neurológicas de suas crianças e ainda têm dificuldade de acessar as políticas de apoio ao desenvolvimento das bebês razão da falta de acesso ao diagnóstico.

Como é possível perceber nas ações e nos procedimentos citados, não há efetivamente a criação de novas políticas. Dentro da Instrução Operacional, há sobretudo alertas à percepção das gestoras/es públicas/os da situação peculiar e emergencial em que se encontram as famílias e os bebês contaminados pelo vírus Zika. Na Portaria Interministerial, o destaque é dado ao processo de celeridade na emissão de laudos para bebês com microcefalia e a adoção de medidas de saúde voltadas para esse público. A falta de políticas específicas – sobretudo de dotação orçamentária e da criação de capacidade maior de atendimento à nova demanda por cuidados de crianças com deficiência – tem implicado a oferta de serviços e políticas prioritariamente às famílias de bebês com microcefalia, como podemos observar na Figura 17:

Figura 17 – Políticas para famílias de bebês com ou com a síndrome congênita do vírus Zika¹³⁶

Fonte: Sítio do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://combateaesdes.saude.gov.br/pt/>. Acesso em 20/3/2017.

A priorização é apontada como problemática por ativistas das pessoas com deficiência, na medida em que cria conflito entre quem precisa de atendimento. De acordo com Pollyana Dias (entrevista de 16/11/16), crianças deficientes com tratamento em curso deixam de ser atendidas pela Associação de Apoio a Criança Deficiente (AACD) porque havia a necessidade de atendimento multidisciplinar para crianças com microcefalia¹³⁷. Durante as falas das mulheres mães de bebês com microcefalia há uma preocupação constante com a possibilidade de perda do tratamento na medida em que as equipes multidisciplinares podem alegar falta de desenvolvimento da criança, uma vez que não há ou não podem ser estabelecidos critérios objetivos para mensurar o desenvolvimento, para darem alta a suas filhas e oferecerem o tratamento a outras crianças.

As crianças portadoras da Síndrome Congênita do vírus Zika trazem uma nova complexidade para as políticas de atendimento a pessoas com deficiência na medida em que as decisões políticas estão vinculadas à visibilidade nacional e internacional do surto. Por um lado, dada a visibilidade da doença e a sua extensão, expõem a falta de oferta suficiente de atendimento multidisciplinar a pessoas deficientes assim como a existência de falhas no processo de concessão de benefícios, como veremos na próxima seção. Por outro, dada a demanda por soluções emergenciais para essas pessoas vitimadas pela falta de cuidado do poder público com a saúde das mulheres, essas crianças terminam por ameaçar o acesso de outras pessoas deficientes ao tratamento, na medida em que a aparente falta de

¹³⁶ A prioridade no Programa Minha casa, minha vida foi anunciada por Michel Temer após ter sofrido críticas de Dilma Rousseff quanto aos cortes orçamentários previstos em programas sociais. (<http://odia.ig.com.br/brasil/2016-07-14/temer-determina-prioridade-de-casos-de-microcefalia-no-minha-casa-minha-vida.html>, acesso em 9/4/2017).

¹³⁷ Entre as campanhas de atendimento a bebês com microcefalia a da Secretaria de Saúde de Pernambuco foi bastante criticada. A chamada da campanha é “Para a microcefalia, oferecemos macroamor”. A pergunta que se coloca então é “o que se oferece para as outras formas de deficiência?”.

urgência de outros casos e a invisibilidade que causa o descaso para com essas pessoas permite que elas sejam consideradas não prioritárias no atendimento de saúde.

Além das políticas citadas anteriormente, destacamos algumas ações voltadas para lidar com os efeitos da infecção pelo vírus Zika: centros de referência e propostas para mulheres grávidas. Os centros de atendimento multidisciplinar são espaços em que as crianças recebem cuidados de equipes de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas e psicólogas de forma a cumprir as diretrizes de estimulação precoce sugeridas pelo MS no manual citado. Em sua maioria, localizam-se em cidades maiores dos estados brasileiros, normalmente em capitais, o que representa uma dificuldade para as mulheres que vivem nas pequenas cidades do interior para acessá-los. Como veremos na próxima seção, chegar aos centros após conseguir uma vaga também é um desafio.

Quanto às mulheres grávidas, não foram postas em prática ações relacionadas com a distribuição de repelentes e mosquiteiros. O governo federal, que desde 2016 tem tomado medidas para reduzir o gasto social, destinou R\$ 119 milhões para distribuir 3,5 milhões de testes serológicos para a infecção por Zika¹³⁸. A falta de recursos está tornando difícil mesmo para os centros dedicados a lidar com gravidezes de alto risco para usar o teste para os casos suspeitos. Adriana Scawuzzi, coordenadora do Centro de Atenção às Mulheres do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)¹³⁹, afirmou, em seu pronunciamento durante a Audiência Pública de 10/2/2017, na sede do Ministério Público de Pernambuco, que o hospital de que é coordenadora assumiu o seguinte protocolo para o uso do teste serológico: dado que a quantidade disponibilizada é insuficiente, o teste é usado apenas após o parto de um bebê nascido com microcefalia e sua mãe. Em outras palavras, em vez de ter um papel como diagnóstico para uma gravidez que necessita de monitoramento mais constante e atendimento prioritário, o teste serológico vem sendo utilizado para os interesses da investigação etiológica e produção de achados sobre a relação do vírus com o desenvolvimento de sua Síndrome Congênita, o que tem pouca valia para as gestantes que, por exemplo, poderiam alegar a necessidade de realizar um aborto, demandar direitos e mesmo preparar-se para a chegada de uma criança que demanda cuidados intensivos e de longo prazo.

¹³⁸ Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/pt/noticias/856-ministerio-da-saude-vai-distribuir-teste-rapido-de-zika>. Acesso em 20/3/2017.

¹³⁹ O IMIP “é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas” (Site institucional. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/conheca/quemsomos/quemsomos.html> . Acesso em 10/4/2017).

Tendo em vista que os testes não são disponibilizados para todas as pessoas, amplia-se a dificuldade do planejamento reprodutivo. Desde junho de 2016 é conhecida a transmissão sexual do vírus. Mas como saber se o parceiro está contaminado sem a realização do teste serológico em homens? O MS determina que gestantes e crianças têm atendimento preferencial no uso desses testes. Como então fornecer meios de pessoas que querem ter filhas/os agora possam saber se é ou não o momento ideal?

Apenas em 9 de dezembro de 2016 foi concluído o pregão para a compra de repelentes a ser distribuído para as gestantes beneficiárias do Bolsa Família. Além da demora no procedimento de compra, afinal em novembro de 2016 a OMS declarou o fim da ESPII e o que se tem acompanhado é a redução no número de pessoas infectadas pelo vírus Zika mais recentemente, a escolha do método de pregão para a compra de repelentes denota a desconsideração da especificidade dos repelentes necessários para afastar o *Aedes Aegypti*, uma vez que esta modalidade de compra beneficia o preço em relação à qualidade dos produtos adquiridos.

Quase dois anos após o início do surto, algumas políticas foram anunciadas, mas muito pouco foi feito para transformá-los em direitos para as mulheres e crianças. De mais evidente nesse processo de atribuição preferencial de atendimento às famílias de bebês com microcefalia é o apelo midiático da epidemia, juntamente com a mobilização internacional em torno dela, o que pode gerar efeitos negativos em futuro próximo, dado que a tendência é de que com a redução do número de casos e a familiarização com a doença, a comoção social em torno deste vírus deixe de existir¹⁴⁰. Assim, juntamente com as outras portadoras de deficiências as crianças portadoras da Síndrome Congênita do vírus Zika lutarão também contra a invisibilidade.

2.4. Pesquisa, desenvolvimento de expertise e geração de indicadores

Para além do combate aos mosquitos e do desenho de políticas emergenciais de controle da epidemia, o governo brasileiro formou iniciativas em torno de profissionais de saúde e pesquisadoras e para a divulgação de dados e indicadores sobre a epidemia. Entre as ações desenvolvidas nesse sentido, debateremos a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (Renezika) e comentaremos brevemente os boletins epidemiológicos disponibilizados semanalmente pelo MS.

¹⁴⁰ Em 11/5/2017 o governo suspendeu a ESPIN em razão da redução do número de pessoas contaminadas por dengue, Chikungunya e Zika. Em parte, a redução é resultado do “efeito de manada”. Esse efeito diz respeito à imunização da população previamente contaminada, que restringe a capacidade de o vírus repetir sua capacidade de contaminação em relação à primeira vez que atinge determinado local.

Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA/GM/MS). Entre eles, destacamos dois GTs: Em primeiro lugar, o GT de *Assistência à mulher* possui três ações principais: capacitar profissionais para “implementação do Plano de Ação Estratégico para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social às Pessoas afetadas pelo vírus Zika”; propor estratégias de comunicação com a população; e produção de “tecnologia social materializada em um guia e/ou material técnico para subsídio ao apoio direto aos Estados e municípios”¹⁴². Em segundo lugar, o GT de *Vigilância integrada das Alterações Congênitas relacionadas à infecção durante a gestação*, que visa a propor ajustes nos critérios de notificação e confirmação.

Além do GTs, a Renezika tem realizado encontros nacionais da Redezika. Foram realizados três encontros, em que se discutiram os temas vinculados aos grupos de trabalho: o primeiro aconteceu em outubro de 2016, o segundo em Dezembro de 2016 e o terceiro em março de 2017. Durante os encontros são disseminadas informações sobre os achados e ações que estão sendo tomadas para lidar com os problemas debatidos pelos GTs. O último encontro teve duração de dois dias e contou com exposição forográfica da Campanha Macroamor, de Joelson Souza. Esta campanha tem sido, como veremos na próxima seção, criticada pelas ativistas em torno dos direitos das mulheres mães de bebês com microcefalia.

Tanto o formato do sítio institucional do Renezika – com muitos artigos em inglês e sem tradução – assim como a falta de articulação dos encontros entre profissionais de saúde e as pessoas afetadas pelas complicações causadas pelo vírus Zika demonstram que ainda há pequena permeabilidade para as mulheres mães de bebês com microcefalia ou a Síndrome Congênita do Zika de forma a atentar para suas necessidades mais prementes.

No que tange aos boletins epidemiológicos, eles trazem a informação por semana epidemiológica do número de pessoas infectadas por dengue, Chikungunya e Zika assim como o número de casos suspeitos, descartados e confirmados de microcefalia. Desde o primeiro boletim, publicado em 2015, houve mudanças na forma de divulgar os números, o que cria dificuldades para acompanhamento da distribuição dos casos ao longo do tempo. Outra dificuldade é que os dados não são disponibilizados para o público em geral em formato de planilha editável – por exemplo, os dados do DATASUS têm dados de morbimortalidade apenas até 2014 – o que dificulta a atualização de planilhas e acompanhamento externo dos dados registrados pelos serviços de saúde no país. Ademais, a falta de registro da raça/cor das mulheres infectadas com o vírus Zika, assim como outras

¹⁴² Disponível em: <http://renezika.org/portal/institucional/grupos-de-trabalho> Acesso em 24/5/2017.

desagregações dos indicadores, prejudica a compreensão da epidemia e os determinantes sociais que a favorecem.

Na área de desenvolvimento de conhecimento, o MS também destaca parcerias internacionais, com redes lideradas pela OMS e o contato com o CDC do governo dos EUA. No Protocolo de vigilância a microcefalia, publicado em 2016, o MS destaca

“o apoio das instituições e especialistas nacionais, além da participação direta da Rede Mundial de Alerta e Resposta aos Surtos da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominada GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network). Esta rede coordenada pela OMS é composta por especialistas de vários países e instituições, como o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC/EUA)” (Brasil, Ministério da Saúde, 2016, p. 10).

Essas redes de apoio têm como destaque a elaboração seja de estratégias de ação e produção de medicamentos ou formas de detectar a doença. No excerto abaixo, destaca-se a parceria entre o governo baiano e a empresa Genbody Inc no desenvolvimento do teste rápido para a serologia do vírus Zika:

“O desenvolvimento do teste rápido contra o Zika é fruto da parceria entre o Governo da Bahia e a empresa sul-coreana Genbody Inc., que firmaram um acordo de transferência de tecnologia para a Bahiafarma” (Ministério da Saúde, 2016¹⁴³).

A empresa sul-coreana é especializada na produção de testes rápidos para diferentes diagnósticos, tendo sido fundada em 2012.

Em que pesem os esforços do governo brasileiro em múltiplas frentes, as formas de tratar as pessoas prejudicadas pela epidemia estão aquém da necessidade de criação de políticas públicas inclusivas e que garantam a segurança de as mulheres exercerem seus direitos reprodutivos. Na próxima seção apresentaremos as reações e ações das mulheres mães de bebês com microcefalia, o que nos permitirá perceber outras dinâmicas das políticas públicas e seu alcance entre as pessoas afetadas pela epidemia do vírus Zika.

¹⁴³ Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/noticias/856-ministerio-da-saude-vai-distribuir-teste-rapido-de-zika> . Acesso em 24/5/2017.

3. Busca de apoio: resistência das mulheres no contexto da epidemia do vírus Zika como resposta à ausência de políticas para elas e suas filhas

Relatos de mães de bebês com a síndrome do Zika Vírus, Audiência Pública,
10 de fevereiro de 2017:

"Tudo é novo" (Lélia¹⁴⁴).

"O que vivemos e o que sentimos não pode ser contado" (Sueli¹⁴⁴).

"Quando os profissionais dizem não, eu digo sim" (Edna¹⁴⁴).

"É como se o governo quisesse vetar nossos direitos" (Beatriz¹⁴⁴).

"Naquele momento, meu sonho acabou" (Luiza¹⁴⁴)

"É como eu sempre digo: é uma prisão sem barras. Neste 'mundo raro' onde você não tem mais o direito de ir e vir como todo mundo" (Pollyana Dias, Pres. Amar).

"Nosso maior problema é a falta de informação" (Germana Soares, Pres. UMA).

Depois de serem expostas a um ambiente propenso às epidemias de mosquito, as mulheres são responsabilizadas por terem sido infectadas e por dado à luz bebês com a síndrome congênita do Zika. Ainda que não seja essa a mensagem diretamente enviada, a Figura 19, parte da Campanha "Um simples mosquito pode marcar uma vida", mostra que a contaminação pelo Zika foi resultado da falta de cuidado de Susana Lima durante a gravidez já que só depois do nascimento dele que ela soube que é preciso ter muito cuidado com a doença.

Figura 19 – Campanha do Ministério da Saúde sobre a transmissão vertical do vírus Zika

Fonte: Página "Combate a dengue", do Ministério da Saúde, no Facebook. Disponível em: <https://www.facebook.com/combataadengue/photos/a.310605992312133.69637.292514950787904/1335315013174554/?type=3&theater>. Acesso em 20/3/2017.

Durante audiência pública em Recife, no Ministério Público do estado de Pernambuco, no último dia 10 de fevereiro, mulheres que são mães de bebês com microcefalia expuseram alguns dos

¹⁴⁴ Os nomes das mães dos bebês com microcefalia foram alterados para preservá-las.

desafios que enfrentam diariamente, tentando ter acesso a médicos, tratamentos, medicamentos e ao Benefício de Prestação Continuada, o BPC. Ao compartilhar suas experiências, elas mostram que sentem como se suas vidas tivessem sido tiradas delas, uma vez que elas têm que abandonar sonhos e planos para cuidar de bebês que precisam de cuidado em tempo integral e têm horários ocupados de estimulação precoce quando eles conseguem ter acesso tratamento médico.

As preocupações mais recorrentes dessas mulheres referem-se às consequências da Síndrome Congênita do vírus Zika e à falta de informação dada por médicos e pesquisadores, uma vez que "tudo é novo". Juntamente com a novidade da doença, essas mulheres repetidamente dizem que seus filhos são tratados como "cobaias", uma vez que elas não recebem os resultados de exames laboratoriais ou trabalhos de pesquisa e são mantidas desinformadas de quais são as conclusões dos estudos - especialmente médicos - têm com relação à doença de suas/eus filhas/os.

A dificuldade de acesso a informação acontece em outros momentos. Em uma das entrevistas, Dandara¹⁴⁵ relata que apenas no oitavo mês de gestação o médico relatou um possível problema de saúde com o bebê, com base nas imagens de ultrassom. Perguntada se ela teve mais informações sobre o que seria o problema ou se ela teria que ter outros cuidados, ela respondeu que o médico só deu a informação de que o filho provavelmente tinha água na cabeça. Durante o parto ela foi separada do bebê, mas ninguém a disse razão. O diagnóstico de microcefalia foi dado somente um mês depois do nascimento do bebê, apesar de no pós-parto a médica ter-lhe perguntado se tinha acontecido algo diferente na gravidez e ter relatado que o filho dela tinha o cérebro muito pequeno. A entrevista com Tayná Maria (17/11/2016) ressalta que a percepção das mães sobre a saúde das crianças é desconsiderada pelas enfermeiras: os relatos de convulsão feitos por ela são classificados como frio ou baixa taxa de glicose da bebê. Após seis meses de nascimento da bebê ainda não havia diagnóstico de qual era a morbidade que afeta a saúde da bebê, apesar de ter iniciado a fisioterapia com dois meses de nascida.

O filho de Dandara faleceu com oito meses de idade por complicações de uma pneumonia. Ao descrever a semana em que descobriu a pneumonia e fez o tratamento, Dandara relata que

“Na semana que ele faleceu eu descobri que ele estava com pneumonia na segunda à tarde. Eu levei ele para UPA de São Lourenço da Mata na segunda. À tarde foi que o médico mandou fazer o raio-x. Aí foi que [descobriu] que ele estava com pneumonia. O médico mandou começar o tratamento. Caso ele [o bebê] colocasse o remédio para fora, disse que eu levasse [o bebê] de volta para a UPA. Só que [o bebê] aceitou a medicação. Ele passou a semana bom. Quando foi na sexta à noite ele não dormiu. Passou a noite acordado. No sábado de manhã eu fui no mercado, com ele, o meu esposo e o irmão dele. Meio dia fui pro CEMEC porque ele estava cansado. (...) E demorou muito para atender ele. Quando eu entrei na sala da médica, ele estava muito cansado. Quando a médica viu o raio-x dele, ela falou que o

¹⁴⁵ O nome foi substituído a pedido, para preservar a identidade da entrevistada.

médico da UPA tinha sido muito corajoso de ter mandado ele para casa. Ela passou para nebulizar e uma medicação para o cansaço dele. Agora essa medicação aplicaram direto na veia dele. Passaram cinco minutos e ele começou a se esticar. Ele estava nos meus braços. Ele deu duas esticadas, na terceira ele ficou roxo e eu corri com ele nos braços. E coloquei na sala vermelha. Eu sei que foi uma correria. Chamaram a médica. E os médicos que estavam na hora colocaram o aparelho do coração. (...) Quem me contou foi a médica. Ela passou com ele na sala vermelha 20 minutos tentando ver se ele voltava, dando choque. Depois ela me chamou e disse: ‘Mãe, sinto muito’. Pronto: meu mundo desabou” (Dandara, entrevista em 25/3/2017).

Apesar de relatar a demora de atendimento, a acusação da médica ao colega de trabalho, fazer a ressalva da aplicação do remédio direto na veia do bebê, ao ser perguntada sobre algo que pudesse ter sido feito para evitar que o filho dela falecesse, ela responde que “tudo o que era para fazer, fizeram”. E assume uma postura defensiva quando perguntamos se havia algo que ela pudesse fazer para evitar o falecimento do filho: “Todos os tratamentos [a] que ele tinha direito eu fui atrás. Lutei por ele. E outra, se fosse para eu dar a minha vida, eu tinha dado a ele” (Dandara, entrevista em 25/3/2017).

O fato de não terem acesso aos resultados laboratoriais é um dos desafios para acessar o BPC. Apesar de ser classificado como uma transferência de dinheiro incondicional, para ter o direito de recebê-la a pessoa deve respeitar algumas regras, como idade ou gravidade de deficiência e renda familiar per capita para ser autorizada a se inscrever como beneficiária. O BPC é pago somente à pessoa com deficiência e não considera que há outra pessoa cuja vida é a de cuidadora permanente, que precisa recusar qualquer pretensão de ter um papel ativo no mercado regular de trabalho, a fim de cuidar da beneficiária direta do BPC. Sobre as dificuldades de acesso ao benefício, as mulheres apontam casos de maus-tratos por parte dos servidores do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e os entraves impostos pela burocracia, uma vez que elas precisam ter documentos diferentes, produzidos por assistentes sociais e equipes médicas. Na maioria dos casos, até que elas consigam ter acesso ao benefício a que as/os filhas/os têm direito já se passou mais de um ano. Juntamente com a demora no acesso ao benefício, as mulheres relatam que o valor do BPC é insuficiente para financiar as necessidades básicas dos bebês, como os medicamentos específicos, o leite especial, os óculos, as cadeiras de rodas e as próteses que as crianças precisam para continuar seu tratamento.

Apesar de todas essas dificuldades, entre as crianças deficientes, os bebês com microcefalia são considerados sortudos porque, até agora, eles não invisíveis como outras pessoas com deficiência. Para alguns ativistas, como Pollyana Dias, presidente da AMAR - Aliança de Mães e Famílias Raras, a atenção social e midiática dada à epidemia de Zika deve ser usada para mostrar a realidade das pessoas com deficiência no Brasil:

“Essa nova geração veio para descortinar toda a realidade que já existia, nessa lacuna de atendimento, mas o que tem sido feito? Muito pouca coisa ou quase nada. Até porque para eles atenderem essa nova geração eles deram alta a muitas crianças com outras patologias raras e aí você troca seis por meia dúzia e vai ficar a mesma coisa na política de atendimento. Para mim é muito triste falar disso, porque é algo que você não tem força para ir lá fazer, mas que você sabe o caminho das pedras. Você sabe que um atendimento multidisciplinar ele vai para todo mundo, se ele vai para A, ele vai para B, ele vai para C, vai para D, vai para todo mundo” (Pollyana Dias, entrevista em 16/11/2016).

Uma vez que as mulheres infectadas pelo vírus Zika têm enfrentando muitas camadas de negligência política elas começam a lutar por si mesmas e tentar coordenar-se. Primeiro, eles se tornam *brigonas* para que possam ver respeitados os direitos de suas bebês. Elas lutam contra o Estado e a falta de políticas, o desrespeito sistemático a suas filhas e seus direitos humanos. Elas também combatem preconceitos sociais e más previsões médicas. Algumas das lutas são baseadas no pedido de coisas materiais: relatórios médicos, resultados de exames laboratoriais, transporte para chegar aos locais de tratamento, remédios, médicos. Alguns são mais abstratos e difundidos em diferentes áreas: eles querem reconhecimento e respeito, e a possibilidade de que a doença não seja um limite intransponível para a vida de suas filhas.

A luta pelo transporte é muito séria. Depois de ter garantido a vaga da criança no tratamento, seja nos centros de referência, seja em fundações com convênios com o SUS, elas devem chegar aos hospitais sem atraso e não podem faltar a terapia duas vezes em sequência, sob pena de perder a oportunidade de tratamento. No entanto, como apontamos na seção anterior, os centros de referência estão normalmente localizados nas capitais dos estados, longe da casa de várias mulheres e, normalmente, não há transporte público disponível para chegar até eles. A longa distância dos municípios torna a viagem uma tarefa impossível sem o apoio dos governos locais, uma vez que as mães em geral não contam com carro próprio nas famílias. Apesar de a Instrução Operativa definir que prefeituras devem auxiliar o transporte das mães, como elas não são obrigados por lei a garantir que as mães e crianças cheguem aos hospitais para tratamento, os prefeitos têm usado os carros do município como um bem de barganha política. A decisão sobre a disponibilidade do carro para tratamento entra nas disputas político-eleitorais. Uma das mães que entrevistei no ano passado estava sempre preocupada se teria ou não acesso ao carro municipal. Caso não conseguisse, ela teria que acordar e sair de casa com a bebê três horas antes para chegar a tempo em Recife. Ela, diferente de muitas outras, vive relativamente perto do centro de tratamento da filha. Vive em Itapissuma, a 40 km de Recife. Sua família decidiu mudar-se de Barra de Catuama (distrito de Goiana, a 80 km de Recife) para ter acesso mais fácil a escolas e hospitais para as outras crianças da família. Ao visitar um centro de referência em Arcoverde, no sertão de Pernambuco, testemunhei uma mãe que se

atrasou ao tratamento de fisioterapia da filha devido a problemas no carro do seu município (Petrolândia, a 240 km de Arcoverde e a 460 km de Recife). Ela e as outras mães e bebês já não eram esperadas pela equipe multidisciplinar, que havia sido avisada anteriormente pelo município de que não era possível garantir um carro para as mães e crianças naquele dia. A mãe que conseguiu chegar afirmou que exigiu os direitos de sua filha e continuou chamando o serviço de transporte até quando lhe enviaram o carro.

O intercâmbio de informações é também uma frente na guerra que essas mulheres estão lutando diariamente. Como tudo é novo, eles usam as redes sociais - Facebook e WhatsApp - para estar atualizadas em termos de melhores opções para as crianças e conhecer as médicas que estão lutando lado a lado com elas para tornar possíveis os tratamentos de seus filhos (DINIZ, 2016) .

Essa descrição das mulheres mães de bebês com deficiência como guerreiras reflete em parte a caracterização de maternidade revolucionária definida por Villalba e Mondragón. Essas autoras, como destacamos na Introdução, ressaltam as diversas lutas que se dão desde o momento do parto até a garantia do direito das filhas de serem respeitadas, de frequentarem boas escolas e de não serem mortas por violência cometida pelo Estado, seja via polícia, seja por outras políticas públicas.

Recentemente, muitos bebês com microcefalia também estão desenvolvendo hidrocefalia. O início do processo da doença foi comemorado por algumas mães e famílias porque parecia que a cabeça do bebê estava finalmente respondendo a todo o esforço que estavam fazendo. À medida que as convulsões tornaram-se ainda mais frequentes e os médicos lhes deram as más notícias, uma rodada de troca de informações segue nos grupos, enquanto as mulheres tentam entender qual será o próximo problema com que terão de lidar. Nessa tentativa de troca de informações, eles acabam trocando apoio. Alguns deles fundaram associações para tentar ajudar as mulheres a cuidar de tantos problemas e desafios. Atualmente, em Recife existem duas organizações que têm ações mais proeminentes em relação à microcefalia e à síndrome congênita do Zika: Aliança de Mães de Famílias Raras (AMAR) e União de Mães de Anjos (UMA). Nessas organizações, criadas para cuidar das cuidadoras e também dar-lhes acesso ao apoio econômico, as mulheres podem

"Trocar informações, conversar com uma psicóloga e uma advogada. Há também a ideia de a filha ser incluída, de estar aqui com outras pessoas como ela, com a mesma dor, a mesma alegria ... Mas muitas vezes elas vêm aqui muito deprimidas, com dores enormes. Eu digo que não é a dor de ter uma criança com deficiência, porque esta dor, como uma mãe, você supera. É a dor que vem da falta de inclusão, da falta de assistência. Você sabe a sensação de não poder ir mais longe? "(Pollyana Dias, entrevista em 16 de novembro de 2016) .

AMAR e UMA têm um *modus operandi* muito semelhante. Ambas reúnem mulheres mães de crianças com deficiências. A AMAR foi criada em 2013 por Pollyana Dias e tem famílias com

diferentes tipos de doenças raras. Após a eclosão do vírus Zika, eles receberam o que chamam de nova geração de mães, mais de cem mulheres que vão para trocar suas necessidades e receber algum conforto para as experiências dos outros. A organização recebe doações privadas e cobra mensalmente a cada mulher para garantir a oferta de diferentes terapias, fraldas, leite, medicamentos (analgésicos, ibuprofeno). A UMA foi criada em 2015 por duas mães com bebês nascidos com microcefalia. Na página do Facebook da UMA, é possível encontrar semelhanças e diferenças entre as ações realizadas pela AMAR:

"Quando [as fundadoras da UMA] se encontraram, eles se identificaram e encontraram em si a força para sair da solidão de viver uma situação desconhecida. Eles então decidiram iniciar um grupo WhatsApp com oito mães. Dois meses, terapia, consultas médicas e convites mais tarde tiveram aproximadamente 200 mães no grupo. Pouco tempo depois, a UMA foi formalizada como uma associação e hoje apoia mais de 300 mães e famílias em todo o estado de Pernambuco, tendo como objetivo principal construir uma política de tratamento qualificado para estes bebês, negligenciados, vítimas de Zika "(União de Mães de Anjos, página do Facebook)¹⁴⁶.

Essas mulheres que enfrentam a falta de políticas e preocupação social sobre o que estão vivendo estão agindo principalmente como mães. Em geral, não estão lutando por seus direitos, mas estão focadas em garantir que suas filhas tenham tratamento justo durante suas vidas. Não estão lutando por mudanças sociais ou políticas radicais. Elas estão denunciando a epidemia do vírus Zika como um dano social para a saúde de suas filhas e de suas famílias. Elas não estão reivindicando direitos de outras mulheres para não enfrentar os mesmos desafios que estão enfrentando. Apesar disso, do caráter reformista e emergencial de suas lutas diárias, pode-se vê-las como revolucionárias ou como alguém que luta por mudança social?

Dentro da abordagem da maternidade como uma prática questionadora de que tratamos na Introdução, Cynthia Dewi Oka (2016) propõe a maternidade como um processo de práxis revolucionária. Em seu manifesto, ela aponta dez princípios para garantir mudanças no papel histórico da casa e da maternidade, de uma defesa da tradição para um comportamento revolucionário: a **maternidade revolucionária**. Comparando os dez pontos com as ações lideradas pelas mães que descrevi nesta seção, duas delas são bastante parecidas. Oka defende o avanço de um "conceito de saúde centrado na justiça e [o] desenvolvimento de espaços autônomos para o trabalho de cura" (2016: 55, tradução livre¹⁴⁷). Como Pollyana Dias salientou em uma de suas respostas às minhas perguntas, os espaços que essas mães criam são destinados a ser espaços para ajudar os cuidadores, para reduzir e compartilhar a carga de cuidar, pelo menos, por algumas horas. Oka também propõe a

¹⁴⁶ Disponível em: https://www.facebook.com/pg/uniaodemaesdeanjos/about/?ref=page_internal . Acesso em 20/3/2017.

¹⁴⁷ "Advance a justice-centered concept of health and develop autonomous spaces for healing work" (Oka, 2016:55).

criação de "estruturas para a distribuição coletiva de bens necessários" (2016: 56, tradução livre¹⁴⁸). AMAR e UMA agem arrecadando bens e distribuindo-os entre as mães que atendem. No entanto, não há um *ethos* revolucionário na distribuição. Na verdade, a distribuição visa reduzir as dificuldades que essas mulheres enfrentam uma vez que não têm apoio material de outros grupos. Eles não estão se reunindo contra o capitalismo. Na verdade, uma das ações que elas estão começando a imaginar é uma cooperativa, para garantir alguma renda para as mães que não podem voltar ao trabalho pela necessidade de cuidados intensivos às bebês nascidas com a Síndrome Congênita do vírus Zika.

4. Vírus Zika, direitos reprodutivos, movimentos feministas, o UNFPA e o IPPF.

Durante meu trabalho de campo em Pernambuco, tive a oportunidade de acompanhar uma campanha que englobava seis diferentes organizações da sociedade civil abordando a epidemia do Zika. A campanha foi proposta pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), com base nas ações que esses grupos já desenvolvem. Intitulada “Eu quero mais direitos, menos Zika”, foi implementada nas regiões metropolitanas de Recife e de Salvador e, entendemos¹⁴⁹, localiza-se na estratégia de ESPII da OMS (ver início deste capítulo) dentro da ação definida como:

“desenvolvimento e disseminação de mensagens direcionadas de comunicação do risco sobre o Zika e suas complicações com foco em mulheres em idade reprodutiva, mulheres grávidas, profissionais de saúde, médicas/os, responsáveis pelos setores de transportes e viagens e outros” (OMS, fevereiro de 2016, *Zika: strategic response framework & joint operations plan*, tradução livre).

O projeto foi lançado em 16 de novembro de 2016, durante 1º Simpósio Internacional de Saúde da População Negra, que aconteceu em Porto Alegre. Esse lançamento faz referência ao impacto da epidemia nos direitos reprodutivos de mulheres negras. Contou com recursos do Fundo de Emergência Global da OMS, dos governos japonês e britânico (DFID).

“O conceito da campanha está baseado na premissa de que o direito das mulheres e famílias em decidir livremente sobre a sua vida reprodutiva é um direito humano fundamental, mesmo no contexto da epidemia de Zika. Isso significa que as mulheres que não estão grávidas e desejam adiar a gravidez neste momento devem ter as informações e os meios para fazê-lo, assim como as mulheres que estão grávidas ou desejam engravidar devem ter as informações e o apoio necessário para prevenir uma possível infecção por Zika e suas consequências, inclusive por transmissão sexual. Os homens, por sua vez, são estimulados à corresponsabilização em evitar a gravidez não planejada e participar ativamente do cuidado

¹⁴⁸ “Create structures for the collective distribution of necessary goods” (OKA, 2016: 56).

¹⁴⁹ Foi-nos possível observar a disseminação de informações sobre o vírus Zika em metrô de algumas cidades dos EUA e em aeroportos em diferentes cidades dos EUA, Brasil e Haiti. Incluiremos fotos dessas comunicações no Anexo à tese. A disseminação da campanha, ao menos nas Américas, foi ampla, com foco em diferentes públicos, sobretudo

dos filhos, sobretudo nos casos em que há diagnóstico de malformações congênitas, como microcefalia” (UNFPA)¹⁵⁰.

Além dos recursos recebidos de fundos internacionais, o projeto contou com apoio Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Coordenadoria Ecumênica de Serviço (CESE) e o Corpo de Resposta Civil Internacional (CANADEM). A campanha tem quatro objetivos:

- I. “Garantir o direito a informações corretas sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, a infecção por Vírus Zika e suas consequências, o direito à saúde sexual e reprodutiva, e métodos contraceptivos disponíveis no SUS;
- II. Fortalecer o poder de decisão voluntário das mulheres adultas e jovens através da ampliação do acesso à informação correta e da promoção e defesa de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- III. Contribuir para a ampliação da demanda e da oferta de serviços para mulheres adultas, adolescentes e jovens que buscam os serviços e ações de saúde sexual e reprodutiva, incluindo orientações para o planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos;
- IV. Contribuir para o aumento e qualificação das notificações de infecções pelo Vírus Zika, reforçando a importância de coletar e disseminar informações sobre idade, sexo, raça/cor e área de residência das pessoas afetadas, para melhorar as ações de combate à epidemia e o monitoramento integrado dos resultados” (OMS, 2016¹⁵¹, grifos nossos).

A campanha lida então, conforme previsto pela ação parte da ESPIN, com a produção e divulgação de informações para alguns grupos sociais. Entre os materiais produzidos destacam-se os panfletos para distribuição durante as ações de mobilização comunitária. Os panfletos foram produzidos com foco em algumas temáticas: definição da campanha, identificação das arboviroses, transmissão sexual do vírus Zika e o uso de preservativos, responsabilidade de homens no planejamento reprodutivo e na paternidade responsável, apresentação de direitos sexuais, adolescência e infecção pelo vírus Zika. É interessante observar que a principal imagem da campanha é a de uma mulher negra jovem, com brincos grandes com os sinais de mais e menos, alertando sobre a necessidade da proteção de direitos, que é a base da campanha. Na Figura 19 podemos ver a capa dos panfletos produzidos.

Além dos materiais impressos, o UNFPA produziu um site com as informações e folhetos e um blog em que reproduz vídeos de pessoas entrevistadas e de atividades realizadas junto a comunidades de Recife e Salvador. Nos vídeos reitera-se um perfil de comunicação direcionada para o público jovem, com relatos de adolescentes sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos e

¹⁵⁰ Sítio do UNFPA: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1429-agencias-da-onu-e-parceiros-lancam-campanha-mais-direitos-menos-zika>. Acesso em 12/4/2017.

¹⁵¹ Disponível em: <http://maisdireitosmenoszika.org/wp-content/uploads/2016/11/Folheto-01v.pdf> . Acesso em 12/4/2017.

apresenta-se o relato de algumas mulheres mães de bebês com microcefalia, que relatam a experiência do parto e da forma como têm lidado com as filhas deficientes.

Figura 19 – Panfletos produzidos pelo UNFPA para a divulgação de informações no âmbito da campanha “Mais direitos, menos zika” – 2016

Fonte: Sítio da Campanha “Mais direitos, menos Zika”. Disponível em: <http://maisdireitosmenoszika.org/wp-content/uploads/2016/11/Folheto-01v.pdf>. Acesso em 12/4/2017

Entre as mensagens presentes nos panfletos, vídeos e relatos, destaco, por um lado, a constante referência à participação masculina nas decisões reprodutivas (“Gravidez é papo de homem, sim!”; “A paternidade é coisa séria”; “Homem também cuida”; “A ideia de que a mulher cuida das crianças e o papel do homem é não deixar faltar nada em casa é coisa do passado” – panfletos da Campanha Mais direitos, menos Zika) como uma abordagem nova dentro da promoção do planejamento reprodutivo. Por outro lado, a campanha tem um direcionamento apenas para o exercício da

heterossexualidade, ressaltando uma visão parcial dos direitos sexuais, que também são focos da campanha do UNFPA:

“O sexo faz parte da nossa saúde e bem-estar. Temos o direito de viver e desfrutar a nossa sexualidade de modo seguro, saudável, sem risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, sem constrangimentos, sem violência ou discriminação, independentemente da cor, raça, idade, religião, situação econômica ou orientação sexual. As escolhas de cada um/a devem ser respeitadas” (UNFPA, 2016, panfleto).

A divulgação dos materiais conta com o apoio recebido pelo UNFPA de organizações da sociedade civil que em convênio com o UNFPA assumiram o papel de formar multiplicadoras/es e disseminar as informações repassadas pelo UNFPA. A equipe da sociedade civil em Pernambuco é composta por seis grupos: Gestos Soropositividade, Mirim Brasil, Uiala Mukaji, Coletivo Mangueiras, SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia e Grupo Curumim: Gestaço e Parto. Suas aes foram divididas em momentos: o primeiro focado na educao de pessoas que funcionariam como multiplicadoras de informao, seguidos de aes nas comunidades com as quais trabalham normalmente. Quatro dos seis grupos que participaram do projeto so abertamente feministas. Os seis projetos, diferentes das aes que analisamos at agora, foram focados na preveno da infeco atravs da transmisso sexual. Desde fevereiro de 2016 foi provado que o vrus Zika tambm pode ser sexualmente transmitido (PETERSON et al, 2016; ALTHAUS e LOW, 2016). Devido a este achado, no projeto, o vrus Zika e sua infeco foram considerados doenas sexualmente transmissveis. Esse enquadramento permitiu que essas seis organizaes debatessem os direitos reprodutivos em tempos de um aumento do conservadorismo em todo o pas.

Destacamos as aes desenvolvidas por trs grupos especificamente: Uiala Mukaji, Coletivo Mangueiras e Grupo Curumim: Gestao e Parto. Todas as organizaes participaram da instruo sobre as especificidades da infeco Zika todos juntos. Cada um deles, aps a primeira rodada, pode multiplicar o conhecimento recebido em reas geogrficas e pblicos especficos previamente definidos dentro do trabalho regular dos grupos junto ao territrio e as comunidades em que costumam trabalhar.

A Uiala Mukaji uma organizao de Mulheres Negras, liderada por Vera Baroni, focada em pessoas que trabalham nos terreiros do Candombl. Como essa populao marginalizada no Brasil e tem historicamente dificuldades de acesso sade pblica, a Uiala Mukaji decidiu concentrar-se nelas e formar vinte Mes de Santo como multiplicadoras, dado o seu importante papel dentro de suas comunidades. Elas so um nmero maior de mulheres negras dos bairros em que a Uiala Mukaji

trabalhou em Recife, Olinda e Paulista¹⁵² também foram entrevistadas sobre o que sabiam sobre a epidemia. As conclusões alcançadas pela Uiala Mukaji são muito semelhantes às que o Coletivo Mangueiras e o Grupo Curumim também chegaram: em relação a Dengue, Chikungunya e Zika, as pessoas não sabem como fazer a diferença entre elas; no que diz respeito aos domicílios, apesar do fato de a Uiala Mukaji ter trabalhado em bairros urbanos de Recife, Olinda e Paulista era bastante comum que as entrevistadas relatassem a necessidade de economizar água, uma vez que os problemas de abastecimento de água são constantes e as casas ficam dias sem água disponível nas torneiras. Elas também relataram sérios problemas no acesso a esgotamento sanitário. Para Baroni, o resultado mais impressionante foi o fato de que as pessoas não se reconheciam como mulheres negras. E, por causa disso, estavam desavisadas do racismo que sofriam em relação a suas crenças e práticas religiosas, para apontar o mínimo.

“Cada um sabe a dor do que é ser mulher negra nesse país onde o sistema nos invisibiliza, ele nos exclui, então muitas mulheres como mecanismo de defesa, mesmo conhecendo sua história, sabendo de onde vêm, sua condição social, econômica e política, elas negam que são mulheres negras, elas se dizem amarelas, se dizem morenas, se dizem mulatas, se dizem o que for mas elas não conseguem dizer que são mulheres negras e aqui nesse grupo algumas delas ao chegar elas não tinham consciência desse pertencimento racial” (Vera Baroni, 2016)¹⁵³.

O Coletivo Mangueiras, em Recife, é formado por um grupo de estudantes negras ativistas. Sua ação dentro da campanha do UNFPA foi focada em usar uma bicicleta (Infobike) e música para informar as pessoas sobre a epidemia do vírus Zika, os direitos reprodutivos e a violência contra as mulheres. O local de ação foi a comunidade Brasilit, na Várzea, o bairro em que vivem. A bicicleta está equipada com um sistema de som e o grupo acompanhou o passeio da bicicleta a pé, distribuindo materiais impressos, preservativos e lubrificantes entre as pessoas nas ruas. Durante as interações, houve demonstração do uso de preservativos femininos e o grupo enfatizou a possibilidade de colocá-lo algumas horas antes da relação sexual como uma maneira de não ter que negociar uso de proteção com o parceiro. Uma das dificuldades na prevenção de DSTs é a dificuldade de as mulheres negociarem com seus companheiros o uso do preservativo¹⁵⁴. Os homens argumentam que é como

¹⁵² Os bairros de Recife são Mostardinha e Prado. Em Olinda, Amaro Branco e em Paulista, Jardim Paulista e Paulista Baixo.

¹⁵³ Disponível em: <https://unfpabrazil.exposure.co/a-fala-da-mulher-negra>. Acesso em 12/4/2017.

¹⁵⁴ Durante a campanha, uma das coisas que as mulheres mais solicitavam eram alguns envelopes extras de lubrificante vaginal. A idade das mulheres que aceitavam os preservativos e o lubrificante variavam, mas as mulheres mais jovens tinham mais restrições em receber e conversar sobre esses assuntos. Essas dinâmicas revelam duas questões: por um lado, a busca pelos lubrificantes e preservativos denota a dificuldade de aquisição deles na rede pública de saúde; por outro lado, destaca a falta de debates sobre direitos reprodutivos entre as mulheres jovens. Vale notar que as mulheres jovens que alegavam não querer conversar sobre o assunto costumavam também afirmar que ainda eram virgens. A tentativa de

“chupar bala com papel” e pedidos de uso do preservativo podem desencadear processos de violência doméstica, na medida em que se vincula o uso do preservativo à manutenção de múltiplas/os parceiras/os sexuais. Assim, se a mulher demanda o uso de preservativo, é possível que tal demanda seja entendida como ou que ela esteja tendo casos extraconjugais ou que desconfie que a/o companheira/o não seja fiel à relação.

Durante as ações sobre o uso de preservativos que pude acompanhar era comum a reação, entre homens e mulheres: “mas eu sou fiel a minha/meu esposa/o”, ao que as ativistas costumavam responder que a infecção por Zika pode ser assintomática e haver transmissão mesmo que as pessoas não tenham se dado conta de que tenham sido contaminadas. Em uma ação com agentes comunitárias de saúde (ACSs) a resposta da ativista que estava conduzindo a oficina foi: “Você pode até ser fiel, mas o mosquito não é. O mosquito é traidor” (Lucilene Mattos, Grupo Curumim, 9/11/2016).

Figura 20 – Ação do Coletivo Mangueiras no projeto “Eu quero mais direitos, menos zika”

Uma das músicas tocadas pela Infobike é *Maria de Vila Matilde*, escrita e cantada por Elza Soares. A letra trata da violência doméstica e ressalta o papel do Disque 180 nas denúncias de violência contra as mulheres. A bicicleta também tocou o funk escrito pelo grupo Dream Team do Passinho, do Rio de Janeiro. O funk foi escrito especificamente para o Projeto UNFPA e focado na transmissão sexual do vírus Zika, problemas de infraestrutura (falta de saneamento e abastecimento regular de água), co-responsabilidade e parentalidade consciente, um dos eixos da campanha do UNFPA.

se desvincular de qualquer ideia de vida sexual ativa pode denotar o conservadorismo quanto à prática sexual por parte das meninas.

Quadro 2 – Letra do funk “Mais direitos, menos zika”, produzida a pedido do UNFPA	
<p><i>Mais direitos, menos zika</i> <i>Dream Team do Passinho</i></p> <p>Ah, ah, ah se liga <u>Não é só culpa do mosquito</u> Tem que se ligar É bolado esse zika vírus Tem que se preservar <u>Não é só culpa do mosquito</u> Tem que se ligar Tem que se cuidar, se cuidar, se cuidar</p> <p><u>Tem zika na água parada</u> <u>Tem zika na hora do amor</u> <u>Se ela quis engravidar</u> <u>Mais direitos por favor</u> (2x)</p>	<p><u>A culpa não é só do mosquito</u> <u>Então cuide de quem você ama</u> <u>Use o preservativo</u> <u>Não levem a Zika para cama</u> <u>Pretinha que engravidou na favela sem saneamento</u> <u>E o bebê com microcefalia, seu papai foi embora correndo</u> O mundo não acabou Vai ter luta, vai ter esforço Vai ter bebê guerreiro, com lindo sorriso no rosto O mundo tem que ficar pronto para apoiar quem precisar Então vambora se unir por mais direitos, menos zika Ah, ah, ah se liga</p>
Fonte: https://nacoesunidas.org/dream-team-passinho-lanca-videoclipe-mais-direitos-menos-zika/ Acesso em 10/4/2017.	

O Grupo Curumim: Gestação e Parto utilizou o projeto UNFPA para promover uma campanha que iniciou anteriormente e ainda estão trabalhando nela (maio de 2017), com recursos de outros fundos acessados pelo Grupo. Diferente de Uiala Mukaji e Coletivo Mangueiras, as ações do Curumim, no tempo em que estive lá, aconteceram em Goiana, um município a 65 km ao norte de Recife, na Zona da Mata Pernambucana, e onde, em 2015, foram notificados um grande número de casos de febre Chikungunya. A campanha do Grupo Curumim enfocou a necessidade de informação sobre direitos reprodutivos durante um período de epidemia, como é possível ver na Figura 20.

Figura 21 – Primeira fase da campanha do Grupo Curumim “Em tempos de zika, proteção e cuidado começam por informar a mulher sobre seus direitos reprodutivos” – 2016

Fonte: Grupo Curumim: Gestação e parto, 2016.

No primeiro plano destaca-se a figura de uma mulher parda jovem. No fundo, é possível ver as casas de uma favela. Elementos que se remetem aos principais grupos afetados pela epidemia do vírus Zika. O objetivo da campanha era informar as meninas e as mulheres, como afirmou Sueli Valongueiro (coordenadora executiva do Grupo Curumim): "O que queríamos era contribuir para melhorar a tomada de decisões sobre sexualidade e vida reprodutiva durante a epidemia de arbovírus, o vírus Zika "(Sueli Valongueiro, entrevista em 16 de março de 2017).

As ações em Goiana se concentraram em dois grupos diferentes de mulheres. Nos distritos rurais do município, o foco estava nas pescadoras e marisqueiras. Essas mulheres participam de oficinas e ações planejadas a serem realizadas em suas comunidades durante os meses de outubro e novembro de 2016. As ações envolveram a distribuição de panfletos feitos por elas durante as rodas de conversa – uma vez que o material de distribuição preparado pelo UNFPA só foi entregue após o fim da campanha nos distritos rurais – e de preservativos, similar à ação realizada pelo Coletivo Mangueiras na comunidade Brasilit. O papel desenvolvido pela bicicleta em Recife foi feito por um carro alugado em Goiana, o que viabilizou a cobertura de uma área maior do que as pessoas que entregavam os panfletos e camisinhas nas ruas com o funk do Dream Team e falas de políticas conhecidas em Pernambuco: Nádia Maia, Nêga do Babado e Isaar. As vinhetas foram feitas para divulgação em rádio e continham o mesmo texto:

“Em tempos de Zika, proteção e cuidado começam por informar as mulheres sobre seus direitos reprodutivos. Os serviços de saúde devem ter disponíveis informações e métodos anticoncepcionais. As grávidas que tiveram Zika devem ter prioridade de informação e diagnóstico. Em caso de má formação do bebê, devem ter acesso ao benefício do INSS. Procure o serviço de saúde mais próximo! É dever dos governantes garantir a saúde integral da mulher. Eu sou Isaar/ Nádia Maia/Nêga do Babado e apoio a campanha do Grupo Curumim” (Grupo Curumim: Gestação e Parto, 2016).

Figura 22 – Ações realizadas pelo Grupo Curumim em Goiana

Ação realizada em 13/10/2016 com pescadoras e marisqueiras multiplicadoras na comunidade de Ponta de Pedras, com distribuição de material informativo e preservativos.

Ação realizada em 21/12/2016 em unidade de saúde (UBS) na comunidade quilombola de São Lourenço. Entrega dos panfletos produzidos pelo UNFPA para as agentes comunitárias de saúde e disponibilização para o público da UBS.

Ação realizada em 19/12/2016 em bairros de Goiana. Distribuição dos panfletos produzidos pelo UNFPA para a comunidade.

Fonte: Grupo Curumim: Gestaço e Parto.

Na rea urbana do municpio, o foco foi em meninas e mulheres jovens. Desde seu incio, o Grupo Curumim tem aes focadas em crianas e adolescentes, foco mantido durante suas aes sobre o vrus Zika em Goiana. Eles organizaram um concurso de redao entre as alunas das escolas

públicas de Goiana¹⁵⁵. O tema da redação foi "Métodos contraceptivos e prevenção de DSTs durante a epidemia do vírus Zika". Antes de escrever a redação, as meninas e jovens de 12 a 18 anos de idade participaram de seminários sobre saúde reprodutiva em épocas da epidemia Zika. As conversas centraram-se na importância de conhecer os seus corpos e os seus direitos no que se refere à saúde reprodutiva e ao acesso ao planeamento reprodutivo. Durante o seminário, as meninas foram ensinadas a usar preservativos e puderam ver e tocar outros tipos diferentes de métodos contraceptivos, como DIUs e diafragmas. Elas também foram convidadas a fazer perguntas e compartilhar experiências. O Grupo Curumim recebeu mais de 80 textos e foi capaz de premiar as seis primeiro colocadas. Houve uma cerimônia de premiação com novas conversas sobre direitos reprodutivos e a importância da contracepção. Como um meio de incentivá-las a continuar escrevendo, algumas frases foram reproduzidas por um projetor durante o seminário de premiação:

“Nos prevenir das DSTs e de uma gravidez indesejada é um direito que todas nós temos. Também, para o nosso bem, não somos obrigadas a nada só porque somos mulheres e sim temos nossos direitos, vontades e respeito, como todos os seres humanos” (Keyla Rillary dos Santos, 2016).

“A cada ano aumenta o número de pessoas com DSTs e também o número de casos de gravidez na adolescência. Os motivos são diversos, que vão desde a falta de informação à falta de cuidado”. (Ynglides Souza, 2016).

Durante a premiação das redações, o Grupo Curumim lançou um cordel elaborado pela professora Rozineide Orlando, intitulado “O vírus Zika na vida das mulheres”¹⁵⁶. No texto, a autora ressalta a importância do uso de proteção contra as DSTs, incluindo a Zika; cita as situações em que pode ocorrer aborto legal a pedido da mulher, a prioridade de atendimento a mulheres grávidas com suspeita de infecção pelo vírus Zika, além de listar telefones para combater a violência contra as mulheres e contra as crianças. A mesma estratégia foi usada pela Uiala Mukaji que lançou o cordel escrito por Allan Sales, intitulado “Os direitos da mulher no contexto do Zika vírus”. Nele o autor destaca o papel do racismo e do capitalismo na vida da população negra, afetando a saúde e debilitando o acesso das mulheres negras aos seus direitos reprodutivos¹⁵⁷.

Em fevereiro de 2017, o Grupo Curumim lançou a segunda fase de sua campanha sobre o vírus Zika e direitos reprodutivos. Junto com novos cartazes, o grupo lançou um serviço de WhatsApp focado em responder dúvidas sobre os direitos reprodutivos e a epidemia Zika. A nova área de atuação

¹⁵⁵ Escola Adélia Carneiro Pedrosa (São Lourenço); Escola IV Centenário (Goiana); Escola Manoel Borba (Goiana); Escola de Referência em Ensino Médio Augusto Gondim – EREMAG (Goiana); Escola Técnica Estadual Aderico Alves de Vasconcelos – ETE (Goiana).

¹⁵⁶ O texto completo do cordel será apresentado nos Anexos.

¹⁵⁷ O texto completo do cordel será apresentado nos Anexos.

territorial da campanha tem sido bairros de Recife, como Santo Amaro. Na sequência dos seus esforços de divulgação de informação, o objetivo era garantir que as mulheres tivessem acesso a argumentos para solicitar os seus direitos.

Diferente dos movimentos das mulheres mães de crianças com deficiências e a Síndrome Congênita do vírus Zika e das políticas conduzidas pelos governos federal, estaduais e municipais, o foco dos movimentos feministas foi desenvolver um amplo debate sobre os direitos reprodutivos diante de uma nova DST: a infecção pelo vírus Zika. Elas deslocaram o foco do mosquito e dos bebês com microcefalia para as mulheres que foram convidadas a não engravidar pelo Ministério da Saúde e pelas organizações interestaduais de saúde (OMS e OPAS). Além disso, foi a forma de lidar com um momento conservador que se torna ainda mais importante desde 2011, quando após os debates eleitorais, houve uma mudança na abordagem das políticas relativas à saúde da mulher: elas não estão mais focadas na vida das mulheres. Como vimos no capítulo 2, sua ênfase está no período de gravidez e parto sem debater outras questões ainda relacionadas à saúde reprodutiva como o aborto ou as políticas de fertilidade.

4.1. UNFPA e IPPF. Estranhos no ninho? Financiamento estrangeiro e as ações dos grupos organizados durante a epidemia do vírus Zika: encontro do internacional com o local.

No capítulo 1 apresentamos alguns dos debates que ocorreram em torno da elaboração do PAISM e de um discurso sobre direitos reprodutivos no Brasil. Naquele momento, as ações e debates promovidos por instituições como o UNFPA e o IPPF eram extremamente criticadas pelos movimentos de mulheres quanto a sua atuação no sentido de controle dos corpos das mulheres e da promoção do controle de natalidade. Nesta seção problematizaremos a relação atual estabelecida entre as organizações feministas que tivemos oportunidade de acompanhar e entrevistar e essas duas organizações transnacionais, pensando o histórico da relação entre essas organizações e o movimento de mulheres e feminista.

Na seção anterior, apresentamos algumas das ações realizadas por organizações feministas financiadas pelo UNFPA, na campanha “Eu quero mais direitos, menos zika”. A pergunta que surge é como a relação entre esses outrora estranhos aconteceu e como ela foi percebida pelas ativistas¹⁵⁸? Algumas das dificuldades de implementação do projeto e da realização da campanha que eu pude acompanhar por parte das ativistas está relacionada à mudança de prazos, a falta de distribuição de material e o não pagamento de parte dos recursos prometidos para a realização das ações.

E aí foi apresentado o desejo. O UNFPA tinha de fazer um projeto, e não tinha dinheiro e não tinha nada, só tinha vontade de fazer um projeto com mulheres. Uma intervenção curta, emergencial nesse contexto (...) E a gente retorna e começa a pensar nesse projeto e a gente tinha que fazer uma proposta e tal a gente começa a desenhar o projeto e o UNFPA vem cá e a gente vai para lá para fazer oficinas de monitoramento, para a construção do projeto, então todo mundo alinha tudo, porque elas têm uma forma muito rígida de monitoramento desses projetos. Então todos os projetos tinham que ser no território, todos os projetos tinham... na verdade o projeto inteiro era uma estratégia de comunicação. Então ia sei lá 200% do dinheiro do projeto para comunicação e ficava um recurso muito pequeno para as ONGs e a maior parte do dinheiro do projeto todo foi investido em comunicação, e aí a gente foi amarrando, amarrando, amarrando as ações e enxugando, enxugando, para serem ações que a gente daria conta” (Carolina de Jesus¹⁵⁹, entrevista em 8/11/16).

“A gente encontrou com o UNFPA todos os meses que se seguiram [à primeira reunião, que foi em abril] até a saída do dinheiro. O dinheiro saiu em junho e a gente não queria fazer um trabalho na época de eleição e aí tudo foi por água a baixo. Assim, a gente não queria fazer em Junho porque era chuva, porque era São João, não queria fazer [em época de] eleição e acabou que o projeto da gente... o dinheiro chegou na [segunda] quinzena de Junho, a gente colocou...como a gente estava em outros projetos a gente não conseguia trabalhar para esse projeto, porque a gente estava trabalhando construindo tudo, no monitoramento, construiu o

¹⁵⁸ Ainda não tivemos resposta do UNFPA quanto a possibilidade de conduzir entrevistas com as pessoas que trabalharam no projeto, mas já entramos em contato com alguns profissionais que tivemos oportunidade de conhecer durante as atividades do UNFPA em Pernambuco que se prontificaram a conversar conosco.

¹⁵⁹ Nome modificado a pedido da entrevistada.

projeto e depois instrumento e aí não sei o que, acabou que no início do projeto a gente foi fazer mesmo as coisas do básico e a gente começou a construir a partir de primeiro de julho, e aí julho e agosto (...) porque aí a gente esbarrou, e eu mais fortemente, nas questões burocráticas” (Carolina de Jesus, entrevista em 8/11/16).

A gente teve que reorganizar o dinheiro do projeto, a gente tinha pago ao pessoal um valor muito, muito baixo assim para as atividades, porque o edital tinha um valor baixo que a gente já estava super incomodada, porque a gente já gosta de pagar tipo, um valor legal e tal e aí o pessoal recebeu muito pouco, e a gente tinha dinheiro para alimentação, para a passagem, para não sei o que... tudo isso a gente perdeu, porque a gente precisou reorganizar o curso, a gente fez um acordo de que a gente faria dez intervenções em cada cidade a gente só fez quatro.” (Carolina de Jesus, entrevista em 8/11/16).

O número de reuniões, o engessamento dos processos e a mudança repentinas das decisões e o cancelamento do projeto de maneira unilateral pelo UNFPA são algumas das dificuldades retratadas reiteradamente durante as entrevistas. Um dos pontos que incomodou a todas as pessoas envolvidas na Campanha foi o fato de que o UNFPA reduziu de quatro para três meses o período de execução do projeto e não pagou a todas as organizações a segunda parcela dos recursos. Em razão disso as organizações não puderam pagar as colaboradoras – as pessoas que foram convidadas a auxiliar na implementação das ações receberam valores aquém do que havia sido combinado em princípio –, a produção e divulgação dos dados conseguidos durante as pesquisas de algumas das organizações não aconteceram devido à restrição dos pagamentos e da pressa do término da campanha por parte do UNFPA.

“O projeto só pagou uma parcela, né? E essa pressa por terminar... a gente não conseguiu fazer a cartilha, mas a gente está com material que a gente vai utilizar. Inclusive, no futuro, a gente vai pedir ao UNFPA para pagar. Ou a ONU Mulheres” (Vera Baroni, entrevista dia 15/11/2016).

A interferência das eleições municipais, relatada como um problema por Carolina de Jesus, também foi um complicador para as ações promovidas por outras organizações envolvidas na Campanha. Vera Baroni ressalta que algumas mulheres se negaram a dar entrevistas caso não fossem pagas, uma vez que a prática comum é que os políticos paguem para que as pessoas participem de atividades em período de campanha eleitoral, independentemente da natureza que tenham essas atividades.

“Teve uma coisa que foi muito difícil para nós, que a escuta foi feita num período de campanha eleitoral. Então essa coisa impactou bastante porque as pessoas perguntavam: ‘Vocês estão pagando quanto?; Quem é o político de vocês?’ Ou: ‘Eu só falo se me pagarem’. Então essa coisa da mistura, do período e de como a política partidária está tão desqualificada.... Porque a gente sabe que quem paga é quem não tem nenhum trabalho na comunidade e quem vai... tem que pagar um cabo eleitoral. As pessoas já tinham até preço: ‘Aqui a gente só fala se pagar 30 reais’. Até você convencer... E a outra coisa era: ‘que

história é essa de vir perguntar a gente sobre saúde? Nunca a saúde veio perguntar nada a gente. Nunca! E agora vocês querem saber como a gente está, como a gente é atendido. Se a gente sofre discriminação, como é a consulta. Nunca ninguém perguntou, nem nas unidades de saúde. Eles nem olham para a gente. De Zika?! Ih, nunca ninguém veio falar de Zika aqui para a gente. O que a gente sabe são os cartazes lá no posto de saúde'. Foi pau, viu?" (Vera Baroni, entrevista dia 15/11/2016).

Assim, o descolamento entre o processo de planejamento e a realidade local de implementação do projeto, devido aos prazos do UNFPA e a sua estrutura de liberação de recursos e autorização das ações, trouxe desafios à atuação das organizações parceiras nos territórios. Em certa medida, a similaridade dos **repertórios de ação** usados nas campanhas eleitorais e nas mobilizações escolhidas pelos grupos para a campanha – o uso de carros de som, a abordagem das pessoas na rua com entrega de material – pode ter fortalecido a sensação de que as ativistas eram parte de alguma campanha eleitoral e ter em certa medida atrapalhado a disseminação das informações nas ações organizadas por elas.

A superficialidade da questão racial no debate sobre a epidemia da Zika e no momento de construção do convênio com as organizações de mulheres também é um ponto levantado por Vera Baroni:

"Eu fui para essa reunião [primeira reunião chamada para a formação do convênio para discutir a saúde das mulheres na epidemia de Zika] representando a AMNB – eu fazia parte da coordenação da AMNB – Articulação de Mulheres Negras Brasileiras – no período. Eu precisava me identificar, então eu me identifiquei como representante da AMNB, mas que eu integrava uma organização de mulheres negras de Pernambuco, que se chamava Uiala Mukaji. A minha surpresa foi encontrar várias feministas companheiras do movimento feminista de Pernambuco e em nenhum momento em Pernambuco nós ouvimos falar que ia ter essa reunião. Então... a gente disse: 'Poxa, o movimento feminista é composto também de organizações diversas, né? Acaba sendo sempre aquelas mesmas organizações que têm a informação'. E aí eu disse: 'Estou aqui representando a AMNB e eu quero que em Pernambuco a Uiala Mukaji seja considerada e que a gente também possa contribuir nessa discussão' (Vera Baroni, entrevista em 15/11/2016).

"Quando os projetos foram apresentados, quando nós reunimos as seis organizações de Pernambuco, nenhum deles tinham recorte racial, além do nosso" (Vera Baroni, entrevista em 15/11/2016).

A mudança das datas e a falta da garantia são as principais reclamações das pessoas que trabalharam na implementação da ação desenhada pelo Grupo Curumim. Para elas, as ações só deram certo e puderam ser levadas a cabo com qualidade porque o Curumim estava comprometido em promover esse debate:

"O projeto da Zika, o ruim foi não ter chegado o material. Foi ruim pela divulgação deles mesmos, do projeto, do material didático. Não senti esse reflexo [na ação na comunidade] porque o Curumim e Sula estavam super preparados e o Curumim produziu o próprio

material de divulgação. Mas foi difícil, muito difícil sem material, mas entregamos o material de base, com o recurso do Curumim” (Lucilene Mattos, entrevista dia 7/11/2016, grifos nossos).

“Infelizmente a gente não teve muito material para atender a comunidade toda. A questão da falta de material foi muito ruim. A gente fez mais o centro, as pessoas que passavam viam, mas não chegavam perto” (Daniele Braz, entrevista dia 17/11/2016).

“O material informativo elaborado pelo UNFPA, que seria o instrumento de informação na ação, não chegou no período da realização da ação nas comunidades o que, de certa forma, pode ter diminuído a amplidão da informação nos espaços onde esteve” (Sueli Valongueiro, entrevista 18/3/2017).

Entre os aspectos positivos que a realização da campanha do UNFPA trouxe para as ativistas dos grupos feministas que pudemos acompanhar, elas ressaltam a possibilidade de modificar a agenda de temas tratados no contexto da epidemia do vírus Zika, sobretudo no que tange aos direitos reprodutivos e à questão racial; a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos nas comunidades que atuam e a problematização dos efeitos das arboviroses na vida das mulheres; e o empoderamento das multiplicadoras em diferentes níveis.

“Nós pensamos que era uma boa hora [durante a campanha do UNFPA] de fazer um cruzamento com a saúde da população negra. Porque nós sabíamos que aqui em Pernambuco, todas as discussões que estavam acontecendo no âmbito da secretaria de saúde sobre Zika, as pessoas que compunham, seja a coordenação de saúde da população negra do estado, seja a gerência da saúde de população negra do município de Recife e Olinda não eram chamadas à discussão. Eram chamadas outras áreas e aí a gente disse: ‘Poxa, uma das áreas que a gente tem que considerar nessa história das arboviroses é se existe ou não a presença do racismo institucional nessa história. E como é que vai discutir? Se nós não estivermos lá essa discussão não é feita’. Então eu disse: ‘A saúde da população negra tem que integrar essa discussão. Mais ainda: a ficha de notificação compulsória da Zika não tem o quesito raça/cor’. Não tem. Fomos nós que fizemos essa denúncia. Como é que pode? Se 53% da população brasileira é população negra. 49% das mulheres brasileiras são mulheres negras. E a maioria das mães de crianças que estão nascendo com microcefalia, são mulheres negras. Tem que ter!’” (Vera Baroni, entrevista em 15/11/2016).

“Uma grande coisa boa: as mulheres se organizando entre elas mesmas. Outra coisa: chamar atenção da comunidade, porque apesar de nem todo mundo ter participado da atividade, ver o carro de som, ver as mulheres na rua, chama atenção das pessoas. (...) Eu vi também que as mulheres ficam muito felizes quando elas conseguem se soltar e passar as informações para as outras, elas ficam realizadas, em fazer uma abordagem e perceber que a abordagem dela foi entendida. Dá empoderamento para ela. Eu acho isso muito importante também” (Daniele Braz, entrevista dia 17/11/2016).

O IPPF também participou do financiamento de algumas das ações das campanhas do Grupo Curumim e de outras organizações no que tange à campanha de combate ao Zika e defesa dos direitos reprodutivos das mulheres. Na verdade, dadas as dificuldades da condução do projeto pela equipe do

UNFPA, a falta da disponibilização dos materiais de divulgação no tempo propício e programado para a execução das ações, as organizações usaram fundos disponíveis do IPPF seja para imprimir panfletos de própria autoria, seja para financiar parte do pagamento das ações (aluguel de carro de som, deslocamento e custos de transporte, pagamento de lanche para as pessoas que participaram da formação e das ações de rua). No que tange à relação das organizações com o IPPF, destaco duas falas. Por um lado, a de Paula Viana, secretária executiva do Grupo Curumim, sobre a decisão de receber o apoio e apoiar o IPPF e, por outro, a comparação de Carolina de Jesus, quanto às diferenças de ser financiada pelo IPPF e pelo UNFPA.

“O IPPF nunca apareceu para nós como financiador por conta disso mesmo [o financiamento à BEMFAM pelo IPPF]. Sabemos que houve uma mudança na condução quando a Carmem Barroso entrou na coordenação geral. E então a gente estava acompanhando a luta dela lá – saindo daqui do Brasil, sob muitas críticas do movimento feminista pela escolha dela de trabalhar lá. Mas, afinal, quando ela assume uma posição de autonomia e de poder ela imprime outro tipo de relação, alguém que voltando a trabalhar com as ONGs, vamos dizer com... mais inserção no campo social, de ser mais capilarizador, de estar mais próximo das mulheres e também a gente experimentar – como a gente ficou experimentando a partir de 2004, 2005 quando o movimento decidiu fazer uma frente única de legalização do aborto, isso acirrou muito as reações conservadoras. Muitas ameaças que a gente não tinha... então há uma reação a nossa organização em torno disso e também ao nosso apoio aos serviços de aborto legal – que também não tinha, que é uma coisa muito recente – com esse contexto e com a mudança que Carmem estava mostrando, acho que diferencia... e também o rompimento com a própria BEMFAM. Hoje o IPPF – eu não sei como é totalmente a relação – mas não é mais o parceiro principal. (...) A gente teve uma conversa bem esclarecedora e definitiva, no sentido de colocar o cara a cara com dirigentes do IPPF, através da [Fundação] Ford, com a Nilceia Freire, que nos convidou e houve uma reunião, com muito debate, enfim, mas nós temos uma relação muito pontual – nós não avançamos numa articulação com o IPPF, para ter outro tipo de vínculo, ou de ampliar. Não tivemos muito essa disposição. É diferente a relação que nós temos com o IWHC, por exemplo” (Paula Viana, entrevista em 18/1/2017, grifos nossos).

Coloca-se em perspectiva a atuação do IPPF quando ele passa a ser coordenado por uma mulher que integrou o movimento feministas, o que leva as organizações feministas abrirem a possibilidade de cooperar com o IPPF. Assim, a aproximação se dá tanto pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido pela coordenadora da organização transnacional quanto pela necessidade financeira de fazer frente à ameaça conservadora que se tem formado contra os direitos reprodutivos das mulheres. O IPPF então, dado o número relativamente pequeno de grupos que podem financiar iniciativas de apoio ao abortamento, torna-se um parceiro “produtivo” na medida em que possui uma gerência menos burocrática dos recursos ofertados.

E aí fui me deparar com a burocracia [de lidar com os critérios de financiamento do UNFPA] que eu ainda não tinha coordenado assim um projeto [do UNFPA]. (...) No projeto da IPPF a gente comprava material de escritório, material escolar, comida e isso já está estruturado e

você consegue, liga para a papelaria pega as coisas [valor dos bens comprados]... [No projeto do UNFPA] a gente chegava nas lojas e eles não queriam dar os orçamentos para a gente, eles davam um papel rabiscado e diziam: ‘esse é o orçamento que a gente tem’ e eu dizia ‘Mas olhe, eu preciso...’, porque tinha que ser um orçamento com o nome da empresa, a logo da empresa, o telefone da empresa, o endereço da empresa” (Carolina de Jesus, entrevista em 8/11/16).

A parceria com o IPPF é avaliada de maneira diferente entre as organizações. Por um lado, podemos atribuir essa diferença pelo tempo vincula-se ainda aos debates dos anos 1980 e 1990 em torno do controle de natalidade e o financiamento a instituições como a BEMFAM. Por outro lado, o IPPF no momento atual e para as organizações mais recentes tem representado uma fonte de recursos menos inflexível que outras organizações, como o UNFPA. A própria Carolina de Jesus levanta um ponto que é discutido pela literatura sobre o movimento transnacional de mulheres, quanto a determinação das agendas locais por financiadores internacionais:

E aí essas parcerias acabam que influenciam nas agendas da gente, né?! A gente tem muito essa preocupação de fazer a conexão global, nacional, local e também tenta fazer um processo crítico de como é que essas demandas chegam, não necessariamente a gente sempre consegue fazer, mas existe uma tentativa. (Carolina de Jesus, entrevista em 8/11/16).

Uma forma de tentar diminuir essa pressão e de poder exercer de maneira mais livre suas escolhas políticas, as organizações feministas tendem a procurar o financiamento de outras organizações feministas, como a Mama Cash, o Fundo Elas e o International Women’s Health Coalition (IWHC). Assim, a aproximação ao UNFPA e ao IPPF são pontuais e conjunturais, com possibilidades de expansão na medida em que permitam aos grupos manter sua atuação junto a temáticas que os grupos consideram importantes. Os riscos alertados por teóricas como Sonia Alvarez e Millie Thayer quanto à imposição de agendas e a reduzida capacidade de negociação entre as organizações locais e os financiadores internacionais, dada as assimetrias globais de poder, parece ser ainda uma questão com a qual os movimentos de mulheres e feministas têm lidado na medida em que precisam conciliar a necessidade de fundos com a manutenção de agendas independentes de ação e de escolha das temáticas pelas quais querem lutar.

No entanto, e apesar de um caráter insuficiente e autoritário, essas parcerias ao acontecerem com base na preparação de projetos que respondem a editais podem produzir o debate sobre temas que não seriam discutidos por organizações brasileiras. O racismo é um fenômeno desses. Vera Baroni ressalta a importância da exigência dos financiadores internacionais para que organizações feministas, mesmo que já se apresentassem como antirracistas assumissem ações também antirracistas, que superassem o “carimbo” e partissem para ações mais presentes sobre as relações raciais no Brasil, na perspectiva da interseccionalidade de hierarquias.

“Esse feminismo interseccional, se é que a gente pode dizer assim... hoje as feministas com maior expressão se dizem antirracistas. Mas eu acho que ainda tem muito caminho a ser feito, porque não basta botar o carimbo. Não basta botar o carimbo. A gente tem que realmente unificar nossas bandeiras de luta. Nós temos que... a gente fala e pratica pouco essa interseccionalidade. Ainda hoje mesmo se autointitulando de feminista antirracista as nossas bandeiras de luta – das mulheres negras – a começar pelo combate radical ao racismo, ainda não é uma prática do conjunto das feministas brasileiras... até porque com as mudanças que nesta última década o Brasil sofreu a partir dos governos mais democráticos, a partir da retirada dos financiadores do Brasil, a questão da luta antirracista ela é... ela foi crucial e uma exigência dos financiadores internacionais” (Vera Baroni, 15/11/2016).

Assim, com base na experiência do UNFPA e do IPPF no financiamento de campanhas e projetos no âmbito da epidemia da Zika, a conversa dos outrora estranhos no ninho permitiu que se estabelecesse um debate sobre a epidemia que foi capaz não apenas de falar das ameaças que a epidemia representa em termos fisiológicos, como também de discutir os direitos das mulheres que foram sistematicamente esquecidos dentro da epidemia e dos casos crescentes de crianças com a síndrome congênita do vírus Zika. Assim, na experiência local o que se pode perceber é que os discursos e debates transnacionais, formulados seja nos alertas de emergência de saúde pública e nas pesquisas sobre a transmissão sexual do vírus Zika, seja nos projetos de financiamento de instituições interestaduais, são traduzidos e trabalhados para as realidades locais, encontrando mulheres e comunidades diversas.

5. O transnacional na atualidade: da epidemia mundial às soluções locais.

A análise das respostas à epidemia do Zika em diferentes níveis nos permite entender que em contextos nos quais as políticas públicas não estão formuladas, como no caso de uma epidemia, o Estado brasileiro tende a responder de maneira conservadora – sem criação de novas respostas em termos de políticas públicas – ao mesmo tempo em que se isola da sociedade civil. Nesses mesmos momentos, as campanhas transnacionais de agências das Nações Unidas – como a OMS e o UNFPA – tendem a pressionar por abordagens mais amplas do evento em si – neste caso a epidemia do vírus Zika –, possibilitando então a abertura de espaços para que outras temáticas da questão sejam tratadas. Neste caso, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres frente a uma nova DST. Para os movimentos feministas, a epidemia muda o seu foco do mosquito para o caráter da DST e da ameaça aos direitos reprodutivos, da necessidade de garantia de métodos contraceptivos e preventivos. As dinâmicas do transnacional ao local e a tradução da ESPIN e da ESPII para os diferentes grupos de mulheres perpassam necessariamente a luta por visibilidade do desrespeito aos direitos e dos efeitos de longo prazo desse desrespeito na vida das mulheres.

O uso do discurso transnacional é usado de diferentes formas pelos atores envolvidos no debate da epidemia do vírus. No caso das organizações de mulheres, o aspecto transnacional da epidemia se coloca de duas maneiras: por um lado, é o principal financiamento para tratar sobre a epidemia na ótica de direitos reprodutivos, tratando de algo além do mosquito; por outro, destaca-se o uso de referências científicas para avaliar a abordagem do vírus Zika como uma DST. No caso das organizações interestatais, como o UNFPA e a OMS, o momento de debate de uma epidemia permite arrecadar recursos que fortalecem sua atuação junto aos Estados nacionais e as ações promovidas no âmbito local dão publicidade ao papel que desempenham. Para os financiadores internacionais, a epidemia e seu caráter de transmissão sexual garante o debate sobre direitos reprodutivos no Brasil, apesar do contexto mais conservador que tem tomado a política nacional, mesmo quando se trata da política de saúde. Para o governo brasileiro, a exposição do país como espaço endêmico da epidemia representou um desafio por exemplo à viabilidade da ocorrência das Olimpíadas e a necessidade de mostrar-se capaz de atender a uma nova demanda de atendimento em saúde pública.

A ESPIN foi suspensa em 11 de maio de 2017. O número de casos de pessoas contaminadas pelo vírus Zika caiu significativamente. Assim como o número de casos suspeitos de microcefalia. Faz-se necessário manter o acompanhamento das políticas desenhadas para atender as mulheres e crianças, as possíveis flutuações da epidemia ao longo dos anos e o efeito dos cortes planejados pelo atual governo nas consequências da epidemia que relatamos neste capítulo.

CONCLUSÃO

Entender o papel do transnacionalismo na mobilização de atores políticos para a elaboração de políticas públicas é fundamental para entender por completo o processo de desenho das políticas. Em outras palavras, o *transnacionalismo reverso*, como o define Elizabeth Friedman, precisa ser mais problematizado nas análises de políticas públicas (em todas as fases) e no acompanhamento dos movimentos sociais. Nos casos que analisamos, foi possível observar que os debates e atores transnacionais são constantemente mobilizados seja como forma de disponibilização de recursos para ações da sociedade civil, seja para a organização de iniciativas inovadoras dentro das políticas de saúde para as mulheres.

Assim como a noção de transnacionalismo auxilia a análise de políticas públicas, a percepção de que os conceitos debatidos transnacionalmente não se encerram nos textos de conferências ou em conceitos amplos impostos de fora para dentro é indispensável para evitar naturalização e/ou imposição de necessidades aos movimentos sociais e às próprias políticas. Tais conceitos e estratégias estão constantemente sendo traduzidos e reapropriados pelos atores políticos que os usam, num processo contínuo de translocalização dos conceitos.

Apesar da visibilidade que os temas ganham quando são debatidos em nível transnacional, a existência desses debates não produz necessariamente efeitos positivos seja para as políticas seja para os movimentos organizados da sociedade civil. Nos casos que analisamos, é possível afirmar que a inexistência de políticas públicas anteriores a debates em determinadas temáticas combinada à presença de ativistas com uma agenda em favor de uma determinada abordagem do problema permitem diferentes resultados na construção da política: isso pode ser observado na elaboração de uma política de atenção integral de saúde da mulher no contexto dos debates populacionais dos anos 1980 e mais recentemente no relativo silêncio da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher durante a epidemia do Zika vírus. Assim, uma das conclusões óbvias desta pesquisa é que a formação plural da burocracia de saúde permite que se avancem agendas múltiplas de forma simultânea.

Esta conclusão está organizada em torno dos três principais argumentos que sustentamos na análise dos casos apresentados. Em primeiro lugar trataremos de como os diferentes atores envolvidos na elaboração de políticas públicas mobilizam discursos transnacionais para validarem suas opiniões e propostas. Em seguida, apresentaremos as diferentes formas em que local, nacional, regional e global interagem de forma a produzir discursos particulares sobre as políticas de saúde e, particularmente, sobre direitos reprodutivos. Em terceiro lugar, ressaltaremos como o debate

transnacional pode permitir mudanças de políticas em diferentes sentidos, sobretudo quando se dispõe de um vácuo de políticas, como foram os casos observados sobre a necessidade de desenvolvimento de uma política de planejamento reprodutivo e das iniciativas sobre o vírus Zika.

1. Mobilização de discursos transnacionais e políticas públicas

Sustentamos que todos os atores políticos envolvidos no processo de elaboração de uma política pública mobilizam discursos e ferramentas transnacionais para melhorar suas chances de sucesso na implementação das ações que acreditam mais efetivas e eficazes para os fins que defendem. Por um lado, os discursos e consensos construídos nas conferências das Nações Unidas, expressos nos documentos de que o Brasil é signatário e usados pelos movimentos sociais como pautas de cobrança do Estado, são facilmente percebidos dentro dessa lógica de múltiplos interesses com raízes locais e internacionais. Por outro lado, a atuação de grupos transnacionais como financiadores ou como executores de ações em nível local também demonstra os diferentes atores transnacionais envolvidos na consolidação de laços e de redes transnacionais.

No primeiro caso que analisamos, a mobilização de um discurso de planejamento familiar em contraponto a ações de controle de natalidade permitiu a criação de um novo paradigma de políticas de saúde para as mulheres: a atenção integral à saúde da mulher no lugar do paradigma materno-infantil. Como vimos, havia pressão por parte de diferentes atores pela adoção de políticas com desenhos muito diferentes entre si: havia quem defendesse o controle restrito da natalidade, com a facilitação da prática de esterilizações por fundações privadas, financiadas por fundos internacionais (como mostram os depoimentos dos presidentes do CPAIMC e da BEMFAM e das intervenções de alguns senadores); assim como havia gestoras desenhando políticas voltadas para a consolidação de um modelo de saúde integral, voltado para a criação de uma cultura de planejamento reprodutivo, que deu origem ao PAISM. Ao mesmo tempo, os debates locais e internacionais sobre a prática de esterilizações compulsórias em países subdesenvolvidos como política populacional imposta pelos países desenvolvidos do bloco capitalista e os riscos do uso de contraceptivos hormonais de longa duração, como o Norplant e o Depo-Provera, promoveram bandeiras unificadas entre os movimentos de mulheres negras e favoreceram a organização dessas mulheres em torno dos direitos de parir e não parir e da defesa dos princípios da integralidade de saúde previstos no PAISM.

No segundo caso, há dois movimentos transnacionais a serem considerados. Há o debate em torno da redução da mortalidade materna que tem destaque na Cúpula do Milênio, tendo-se tornado uma das metas dentro dos ODMs para 2015. Esse debate, assim como as políticas populacionais e de

planejamento reprodutivo, é destacado, em que pesem as críticas ao seu desenho e escolha de indicadores, por se tratar de acordos assinados por Estados nacionais, comprometidos, ao menos em tese, em favorecer o desenvolvimento não apenas de seus nacionais, mas de todas as pessoas do mundo. Paralelamente, desenvolve-se o movimento em favor da humanização do parto e nascimento de que o Brasil e a ReHuNa apresentam liderança no desenvolvimento de discursos e iniciativas. Assim, para o desenho do programa Rede Cegonha a articulação transnacional interestatal em torno das causas da mortalidade materna combina-se com as acusações do alto número de cesáreas, da intervenção médica exagerada nos corpos das parturientes e da necessidade de promoção de medidas capazes de transformar a forma de parir e de nascer no Brasil e no mundo. Assim, Estado e diferentes movimentos de mulheres articulam-se em favor de uma agenda de humanização e redução da mortalidade materna que foi, ao menos entre 2010 e 2011, amplamente afetada pela campanha eleitoral de 2010 e o debate em torno do aborto e dos direitos das mulheres.

No terceiro caso, a epidemia constrói-se inicialmente como um problema localizado no sertão nordestino que ganha contornos mais graves conforme aumentam o número de casos de bebês com microcefalia e o número de pessoas contaminadas pelo vírus Zika. Essa difusão de casos, combinada com a proximidade de um megaevento esportivo – as Olimpíadas de 2016 – e a mobilização iniciada pela OMS depois de ter sido avisada pelo Brasil da disseminação rápida da contaminação, torna a epidemia uma preocupação internacional. A mobilização de atores se dá em nível estatal, interestatal, entre agências das Nações Unidas e em organizações da sociedade civil – dentro e fora do Brasil. Com ações voltadas especificamente para o Brasil e disseminadas ao redor das Américas, por meio de cartazes em aeroportos, por exemplo. Os esforços de pesquisa reúnem pesquisadoras e integrantes da indústria farmacêutica, além de aproximar pesquisa e esforços estatais – como vimos no caso da *Renezika* no Brasil.

A multiplicidade de atores reclamando a validade transnacional de suas pautas para a elaboração de políticas públicas demonstra que menos importante que os consensos internacionais a que se submetem os Estados nacionais são os atores políticos que são reconhecidos como os mobilizadores desses consensos em nível local. Assim, a ideia de controle de natalidade e da necessidade de esterilização foi, por alguns anos, a política aceita, dada a falta de questionamento de quem estava operando uma política populacional no país na década de 1980. Tal perspectiva foi alterada ao longo dos anos devido à retomada da agenda de planejamento reprodutivo pelo MS por meio do PAISM. O debate sobre redução da mortalidade materna mudou de uma abordagem de saúde integral, com ênfase na mortalidade de mulheres negras presente no Pacto pela Redução da

Mortalidade Materna (2004), para uma abordagem de humanização do parto e nascimento, baseado em larga medida no paradigma de saúde materno-infantil e com invisibilização das mulheres como parturientes, com destaque para a cegonha. No caso da epidemia do vírus Zika, ainda prevalece a ênfase no combate ao mosquito, isso em larga medida pelas condições de desmobilização da CGSM, ainda focada no paradigma de saúde materno-infantil, com pouca atenção para os efeitos da epidemia nos direitos reprodutivos das mulheres.

Observando comparativamente os três casos, o que nos parece é que as pressões geradas internacionalmente ou com base em discursos transnacionais têm mais capacidade de produzir políticas de saúde para as mulheres que não atendem às expectativas locais. Por exemplo, a continuidade do debate sobre o planejamento reprodutivo nas conferências das Nações Unidas leva ao estabelecimento da noção de direitos reprodutivos. Para as ativistas entrevistadas por nós ao longo da pesquisa, a noção de direitos reprodutivos reduz a capacidade de mobilização política e restringe a percepção das políticas de saúde para o período reprodutivo das mulheres, perdendo-se de vista as intercorrências de saúde que fujam a esse assunto. O afastamento da RFS do discurso de integralidade aliado com o seu isolamento em Santa Catarina tem reduzido sua interlocução com os grupos que são parte – ao menos formalmente – da RFS. A adoção da ideia de direitos reprodutivos funciona então como um elemento de desmobilização em torno das pautas de saúde integral para as mulheres. O mesmo acontece com o uso do discurso dos ODMs como justificativa formal para a alteração de atenção à saúde das mulheres em 2011. Ao relatar a incapacidade de atender à meta, o governo altera a principal política de saúde, a PNAISM para o Rede Cegonha. Em larga medida, a demanda internacional era apenas uma forma de justificar a responsividade do governo eleito às polêmicas em torno do aborto durante as eleições. Em relação ao vírus Zika, algumas autoridades defenderam que mulheres em áreas de risco não tivessem filhos durante o período da epidemia, o que remete a uma política eugenista e de controle dos corpos das mulheres que sofrem com o racismo ambiental. Em comum nas preocupações nacionais e transnacionais é o assunto do combate ao vetor.

2. As dinâmicas nacionais dentro do transnacional

Como sugere a literatura sobre direitos humanos, há que se atentar para as diferentes escalas operando na formação de normas, uma vez que não existe um sentido único de construção de discursos e ferramentas transnacionais (GOODALE, 2007; FRIEDMAN, 2009). Em outras palavras, não necessariamente o transnacional determina as dinâmicas que se dão no local, assim como discursos transnacionais não se definem de maneira apartada e sem influência das dinâmicas locais.

Para entender o que poderíamos chamar de uma geografia variável no processo de construção e apropriação dos discursos transnacionais, ressaltar os processos de tradução e de translocalidade nos auxiliou a não estabelecer hierarquias fixas entre as escalas de prática e elaboração dos direitos.

O processo de tradução corresponde à apropriação de um determinado debate por grupos que não necessariamente elaboraram os termos do debate. Nos casos que analisamos, podemos afirmar que há processos de tradução simultâneos de temas que envolvem a saúde das mulheres. No debate em nível interestatal, as demandas por controle populacional foram traduzidos pelos representantes dos países subdesenvolvidos como tentativas de controle do desenvolvimento de suas populações. A resistência ao estabelecimento de metas internacionais de crescimento populacional em larga medida corresponde à não-aceitação da responsabilização das populações locais pela falta de desenvolvimento. Em âmbito nacional, as organizações de mulheres entenderam que o controle populacional vinha com uma carga negativa para o exercício da sexualidade das mulheres, fazendo-se necessária a mudança dos termos do debate: fala-se então na atenção integral à saúde da mulher, com planejamento familiar e uma abordagem ampla à saúde, como forma de atender aos anseios femininos de definição do número e do espaçamento do número de filhos.

A substituição da ideia de saúde integral pela noção de direitos reprodutivos é mais curiosa no que se refere a sua chegada ao Brasil. Como vimos, as ativistas atribuem aos direitos reprodutivos uma carga desmobilizadora na luta pelas políticas de saúde para as mulheres. No entanto, o uso da ideia de direitos sexuais e reprodutivos é recorrente seja no nome, seja nos documentos das organizações de mulheres. Como provável razão para a adoção mais literal desta agenda pode-se destacar a forma como o conceito ganha atenção transnacional: ele é fruto de um processo longo de discussões em que os interesses mais tradicionais de restrição dos direitos das mulheres – defendidos por autoridades religiosas católicas e islâmicas – são substituídos por uma definição de direitos reprodutivos. Ou seja, a carga simbólica de resistência já está vinculada à própria construção da ideia de direitos reprodutivos, o que implicaria uma menor necessidade de resistência ao conceito no nível local. Outra possível explicação remete-se às hierarquias entre financiadores e as organizações: a agenda dos direitos reprodutivos ecoa de forma mais sistemática no Brasil porque a necessidade de conseguir fundos durante os anos 1990 faz que as organizações locais adaptem suas ações e documentos às exigências dos financiadores internacionais, limitando a capacidade de tradução das organizações locais.

O caso da mortalidade materna e do Rede Cegonha traz elementos diferentes sobre a tradução. Por um lado, o debate sobre humanização e a importância da redução da medicalização dos corpos

das parturientes é uma preocupação constante das ativistas da ReHuNa desde a sua criação no início dos anos 1990. Em larga medida, os programas de implementação do SUS tiveram a humanização do atendimento como foco. Para ativistas e gestoras de políticas públicas, a redução da mortalidade materna passa por um processo de humanização do atendimento às gestantes. Ou seja, ao longo do tempo o debate sobre mortalidade materna no Brasil tem uma proximidade grande com o debate da qualidade de atenção às mulheres. No entanto, em 2011, quando o debate sobre mortalidade materna modela o programa Rede Cegonha, o debate sobre humanização fica subsumido na construção de uma rede de serviços que lidaria com a entrega de mulheres em trabalho de parto para espaços garantidos de parir. O ruído que se coloca na tradução dos ODM na perspectiva do movimento de humanização do parto são os debates da campanha eleitoral de 2010. O que há então são duas traduções: a tradução do debate transnacional e a tradução do debate eleitoral em uma política ou uma estratégia de atenção às mulheres que produz a adoção do paradigma de saúde materno-infantil e o afastamento da ideia de integralidade nas políticas de saúde para as mulheres.

A tradução no caso da epidemia do vírus Zika se dá na construção de uma ameaça de saúde e na promoção dos direitos reprodutivos das mulheres. A ameaça de saúde é construída a partir da determinação da ESPIN no país e da posterior comunicação do Brasil à OMS: a emergência de caráter local ganha proporção nacional e em seguida global. Nesse último movimento, há uma mudança do problema: o problema central sobre a epidemia deixa de ser o vetor e o seu controle e passa a ser a falta de conhecimento sobre as formas diferentes de transmissão da epidemia, assim como a necessidade de produção de vacinas e de meios eficazes de combate ao vírus. A vinculação entre a contaminação pelo vírus Zika durante a gravidez e o nascimento de crianças microcefálicas aliada à mudança da caracterização do problema permite que as organizações do movimento de mulheres, sobretudo o movimento feminista, passe a defender que a epidemia do vírus Zika é uma ameaça aos direitos reprodutivos das mulheres, particularmente das mulheres em situação de vulnerabilidade ambiental. Nessa chave, os temas da oferta de cuidado em contraponto à participação na economia produtiva no caso das mulheres mães de bebês com microcefalia e da capacidade de as mulheres negociarem o uso de preservativos com os companheiros para evitar a transmissão sexual do vírus ganham maior importância, deslocando o debate do mosquito e da pesquisa científica.

Juntamente com o processo de tradução dá-se um processo de translocalização dos discursos: cada tema quando debatido por diferentes movimentos de mulheres, que refletem as diferentes posições que as mulheres ocupam na sociedade ressaltam elementos diferentes do mesmo problema. No caso da saúde integral, a participação do movimento de mulheres negras problematiza a

esterilização compulsória como prática recorrente dentro das iniciativas privadas de planejamento familiar da década de 1980. O debate sobre mortalidade materna, quando abordado por mulheres negras ressalta o racismo institucional que determina a maior mortalidade de mulheres pretas e pardas, assim como o maior sofrimento dessas mulheres por falta de alívio da dor, da demora no atendimento, por exemplo. O movimento feminista ressalta o papel dos abortos inseguros como principal razão dos altos índices de mortalidade materna. Por sua vez, as ativistas pela humanização do parto ressaltam o exagero da medicalização, por exemplo pelo número exagerado de cesáreas, como causa das mortes de mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. Para o debate sobre o vírus Zika, as versões do movimento de mulheres é menos variável, as organizações ressaltam o ataque aos direitos reprodutivos das mulheres e a falta de atenção às mulheres que terão que se dedicar exclusivamente como cuidadoras das crianças com a síndrome congênita do vírus Zika. Desde o ponto de vista do Estado brasileiro e das agências interestatais da ONU, a ênfase é no desenvolvimento de estratégias para o controle da epidemia – seja via combate do vetor, seja via desenvolvimento de drogas capazes de lidar com os efeitos da contaminação – em que pese o reconhecimento da especificidade da epidemia para as mulheres.

Assim, podemos concluir que há constantemente processos de tradução que se baseiam nos locais ocupados por indivíduos e organizações que lidam com os temas com implicações locais, nacionais e transnacionais. Em outras palavras, tradução e translocalidade fazem parte dos debates transnacionais. Como consequência, não é possível se manter o debate do transnacionalismo em torno de uma ideia fixa de enquadramentos (frames), na medida em que em diferentes níveis e posições do debate sobre determinado tema, as percepções sobre a mesma ideia e o mesmo problema variam muito.

3. Espaço para criação de políticas

Nesta análise que fizemos sobre as políticas de saúde para as mulheres no Brasil a partir da década de 1980, foi possível perceber que em casos de inexistência de uma política para lidar com casos novos e epidemias, por exemplo, o que tende a acontecer é que ações adotadas por organizações não-governamentais e outros agentes públicos sejam incorporadas às políticas públicas governamentais. Ou seja, há uma larga capacidade de inovação política dos grupos de mulheres caso já não exista uma política previamente desenhada pelo Estado. Nos casos que analisamos, podemos afirmar com segurança que esse foi o caminho adotado durante o PAISM. Na falta de uma política que previsse ações de planejamento reprodutivo, a elaboração do PAISM por ativistas do movimento

feminista permitiu a criação de uma abordagem integral à saúde, abordagem que seria incorporada à formulação do SUS na Constituição de 1988.

No caso da epidemia do vírus Zika ainda é difícil prever se as ações promovidas pelo movimento de mulheres serão incorporadas aos programas governamentais de combate ao vetor. No entanto, uma das estratégias adotadas pelas organizações de mulheres é conversar diretamente com as pessoas responsáveis pela implementação das políticas, as ACS. Com essa atuação, assim como outras iniciativas de formação das profissionais de saúde, que estão presentes também nas ações do movimento pela humanização do parto e nascimento, o objetivo das organizações de mulheres é promover mudanças na forma como as profissionais de saúde abordam as mulheres atendidas pelo SUS. Assim, pode ser uma forma de ampliar o debate sobre a necessidade de uso de contraceptivos e de debater formas alternativas de planejamento reprodutivo.

4. Continuando esta pesquisa: sugestões e agendas de pesquisa

Há algumas palavras que criam uma certa resistência e que por mais que se apresentem constantemente no cérebro como alternativa para a elaboração de uma sentença, os dedos não aceitam digitá-la. Uma dessas palavras para nós é “oportunidade”. Sobretudo se estamos falando sobre políticas de saúde. Ainda mais se estamos falando de políticas de saúde para as mulheres. Porque o que é uma oportunidade para a pesquisa e para, por exemplo, estudantes de medicina e gestoras de políticas públicas, normalmente representa uma situação em que vidas e necessidades de muitas mulheres estão sendo desrespeitadas sistematicamente.

Assim, esta seção visa a apontar temas que nos parecem fundamentais para seguir com uma agenda de pesquisa engajada em discutir e ser capaz de propor políticas públicas e estratégias de atuação em favor da oferta de melhor atenção à saúde da população. Acreditamos que há perguntas em aberto nos três casos que acompanhamos, mas a epidemia do vírus Zika traz, sem dúvidas, mais desafios para a sociedade e para a pesquisa e que não podem ser desconsiderados com o final da emergência de saúde. Como disse uma das entrevistadas, não se pode permitir que a invisibilidade seja a principal política e solução oferecida para as famílias que assumem o cuidado de uma pessoa com deficiência, seja ela causada por fatores externos e ambientais, seja por fatores biológicos.

No tema da integralidade, a principal agenda que conseguimos perceber é o contraponto entre a sua força discursiva entre agentes estatais e integrantes do movimento feminista e sua baixa capacidade de implementação na atenção oferecida às usuárias do SUS. A dificuldade de que tal agenda se torne hegemônica nas ações tem consequências negativas na implementação da

humanização no atendimento e permite a continuidade da prática eugênica nas políticas de saúde para as mulheres. Assim, mantêm-se os altos níveis de mortalidade materna, mortalidade infantil, esterilização e violência obstétrica concentrados entre as mulheres negras.

No tema do acesso ao parto humanizado, é fundamental que se avance no debate em torno do silêncio sobre as diferenças de classe, raça e etnia, identidade de gênero e orientação sexual que permeiam o acesso a esse tipo de parto e os movimentos ao redor desse tipo de parto. A forte hierarquia que ainda prevalece na relação entre profissionais de saúde e as pessoas atendidas ganha novas nuances quando se trata de pessoas com menos recursos financeiros, educacionais e com marcadores sociais de marginalidade – como a raça/cor, etnia e o comportamento sexual fora dos padrões cis e heteronormativos. Nessa lógica, em geral, as pessoas não perguntam, não são ouvidas nas suas preocupações e dúvidas ou não são respondidas quando são autorizadas a perguntar. Ao mesmo tempo, dentro da falta de atenção aos fatores interseccionais que limitam o acesso ao atendimento de saúde, algumas demandas de mudança das políticas de atenção ao parto e ao pós-parto precisam ser discutidas com base nas diferenças vivenciadas pelas mulheres. Por exemplo, uma das mudanças sugeridas é a adoção de espaços privados de pré e pós-parto como forma de humanização do parto, a ênfase na ambiência. A ideia de privacidade no momento do parto pode ser benéfica para mulheres que possuem apoio familiar para esse momento. Mas o que fazer com as mulheres que não dispõem de uma rede de apoio? As salas coletivas de pré e pós-parto não seriam espaços de compartilhamento de experiências e apoio entre parturientes? Qual o limite entre a necessidade de privacidade e a diversidade de arranjos familiares em torno das parturientes e como isso deve afetar o desenho das políticas públicas de atenção ao parto?

Na questão da epidemia do vírus Zika e das famílias com crianças com a síndrome congênita, as agendas de pesquisa são múltiplas. Por um lado, faz-se mister o acompanhamento de longo prazo das políticas que vão atender a essas famílias: a oferta de tratamentos multidisciplinares ao longo da vida das pessoas com microcefalia ou síndrome congênita; as políticas de inclusão na vida escolar e laboral; a oferta de espaços de cuidado que permitam às mulheres retomarem suas carreiras e seu trabalho produtivo. Por outro, é fundamental a comparação entre os casos do Brasil, da Colômbia e dos EUA. Quais são os fatores que causam uma diferença tão grande do número de casos entre os três países? Neste último caso, esse é um esforço que está entre minhas prioridades de continuidade de trabalho do doutorado: fazer uma descrição mais detalhada das condições socioeconômicas das famílias e mulheres com crianças com microcefalia e a síndrome congênita do vírus nos três países,

buscando entender a razão das diferenças entre eles. No primeiro caso, pode ser um esforço analítico para toda uma carreira acadêmica. Espero ser capaz de fazê-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSELRAD, H. *Justiça ambiental e construção social do risco*. In: Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 5. p. 49-60, jan./jun. 2002. Editora UFPR.
- AHMED, Sara. The Nonperformativity of Antiracism. In: Meridians, Vol. 7, No. 1, 2006, pp. 104-126. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/40338719> . Acesso em: 28/5/2017.
- ALESINA, Alberto e DOLLAR, David. Who Gives Foreign Aid to Whom and Why? In: Journal of Economic Growth, Vol. 5, No. 1, Março 2000, pp. 33-63. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/40216022> . Acesso em 27/5/2017.
- ALEXANDER, Michelle. The new Jim Crow: mass incarceration in the age of colorblindness. New York: The New Press, 2012.
- ALONSO, Angela. As teorias dos movimentos sociais: um balanço do debate. In: Lua Nova [online]. 2009, n.76, pp. 49-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n76/n76a03.pdf> . Acesso em 15/8/2013.
- ALTHAUS C. e LOW N. How Relevant Is Sexual Transmission of Zika Virus? In: PLOS Medicine, Outubro de 2016, 13(10). doi:10.1371/journal.pmed.1002157 Acesso em 23/3/2017.
- ALVAREZ, Sonia E. Engendering democracy in Brazil: women's movements in transition politics. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- ALVAREZ, Sonia E. *Latin American Feminisms "Go Global": trends of the 1990s and challenges for the new millennium*. In: ALVAREZ, Sonia E. et al. (orgs). *Culture of politics politics of cultures: re-visioning Latin American social movements*. Colorado: Westview Press, 1998, pp. 293-324.
- ALVAREZ, Sonia et al. Encontrando os feminismos latino-americanos e caribenhos. In: Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, 11(2): 360, julho-dezembro/2003, pp. 541-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19138.pdf> . Acesso em 25/5/2017.
- ALVAREZ, Sonia. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. In: Cadernos pagu (43), janeiro-junho de 2014:13-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-8333201400430013> Acesso em 29/3/2016.
- ALVES, José Augusto Lindgren. Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências. Brasília: IBRI, 2001.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. In: Revista brasileira de estudos populacionais: São Paulo , v. 31, n. 1, p. 219-230, Junho de 2014 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000100013> . Acesso em 10/5/2017.
- and the Postpartum. New York: Springer, 2009.

ANONIMO. The Man Who Coined the Words "Institutional Racism". In: The Journal of Blacks in Higher Education, No. 23 (Spring, 1999), p. 39. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2999296> . Acesso em: 28/5/2017.

ÁVILA, Maria Betânia e CORRÊA, Sonia.. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2), 2003: S465-S469.

AZZAM, Fateh. Os Direitos Humanos na implementação dos Objetivos De Desenvolvimento Do Milênio. In: Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos, Ano 2, Número 2, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v2n2/a02v2n2.pdf> . Acesso em 28/5/2017.

BARROSO, Carme. Esterilização feminina: liberdade e opressão. In: Revista de Saúde Pública, 18, pp. 170-80, 1984

BARROSO, Carmen. As mulheres e as Nações Unidas: as linhagens do Plano Mundial de População. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 1(1), 1989: 183-197, 1.sem.

BARROSO, Carmen. Mulher, sociedade e Estado no Brasil. São Paulo: Editora Brasiliense e Unicef, 1982.

BASILE, Monica Reese. Reproductive justice and childbirth reform: doulas as agents of social change. Dissertation. Iowa University. Spring 2012. Disponível em: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3189&context=etd> . Acesso em 29/5/2017.

BATISTA, L.; WERNECK, J. e LOPES, F. (orgs.). Saúde da população negra. Brasília, DF : ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BATISTA, L.; WERNECK, J. e LOPES, F. (orgs.). Saúde da população negra. Brasília, DF : ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BENEVIDES, Maria Auxiliadora da Silva et al. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. Brasília: Editora MS, 2005.

BERQUÓ, Elza. A esterilização feminina no Brasil de hoje. In: GELEDÉS. Cadernos Geledés. Caderno II – Esterilização: Impunidade ou Regulamentação. São Paulo: 1991b, pp. 21-31. Disponível em: <http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Esterilizao-Impunidade-ou-Regulamentao.pdf> Acesso em 19/4/2016.

BERQUÓ, Elza. Esterilização e raça em São Paulo. In: Revista Brasileira de Estudos Populacionais, Campinas, n. 11, volume 1, 1994. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol11_n1_1994/vol11_n1_1994_2artigo_19_26.pdf Acesso em 11/5/2017.

BOB, Clifford. The Global Right Wing and the Clash of World Politics. New York: Cambridge University Press, 2012.

BOYCE-DAVIES, Carole. Pan-Africanism, transnational black feminism and the limits of culturalist analyses in African gender discourses. In: *Feminist Africa*, volume 19, setembro de 2014: Pan-Africanism and Feminism. Disponível em: <http://www.feministafrica.org> . Acesso em 23/4/2017.

BUSSE, Matthias e GRÖNING, Steffen. Does foreign aid improve governance? In: *Economics Letters* 104, 2009, pp. 76–78. Disponível em: doi:10.1016/j.econlet.2009.04.002 . Acesso em 27/5/2017.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. In: *ESTUDOS AVANÇADOS* 17 (49), 2003, pp. 117-132.

COELHO, EAC et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. In: *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2009, jan-mar; 13 (1): 154-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21> Acesso em 21/3/2017.

COELHO, Vera Schattan e DIAS, Marcelo. *Saúde e desigualdades no Brasil*.

COHEN, Michael A. Giving to Developing Countries: Controversies and Paradoxes of International Aid. In: *Social Research*, Vol. 80, No. 2, Giving: Caring for the Needs of Strangers (SUMMER 2013), pp. 591 - 606. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/24385619> . Acesso em 27/5/2017.

COHEN, Michael A. Giving to Developing Countries: Controversies and Paradoxes of International Aid. In: *Social Research*, Vol. 80, No. 2, Giving: Caring for the Needs of Strangers, SUMMER 2013, pp. 591-606. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/24385619> . Acesso em 27/5/2017.

COLLINS, Patricia Hill. *Black feminist thought : knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* . NewYork: Routledge, 2000.

CORRÊA, Sonia. From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. In: *Reproductive Health Matters* , Volume 5, Issue 10, 1997, pp. 107 – 116.

COSTA, Ana Maria e AQUINO, Estela Leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar e TAJER, Debora. (2000). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: EdUnB.

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

COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar e TAJER, Debora. *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: EdUnB, 2000.

CRAVEN, Christa. *Pushing for midwives : homebirth mothers and the reproductive rights movement*. Philadelphia: Temple University Press, 2010.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In: *Revista de Estudos Feministas*, ano 10, 1º semestre de 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>

DAMASCO, Mariana. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996). Dissertação de mestrado, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6132/2/34.pdf> Acesso em 26/5/2017.

DAVIS-FLOYD, Robbie e DAVIS, Elizabeth. Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. In: Medical Anthropology Quarterly, Volume 10, Issue 2, Version of Record online: 28 OCT 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1996.10.2.02a00080/pdf> . Acesso em 28/5/2017.

DAVIS-FLOYD, Robbie et al. A iniciativa internacional pelo nascimento MãeBebê: Uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos. In: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 4, n. 4, 2010, pp. . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.837> . Acesso em 29/5/2017.

DAVIS-FLOYD, Robbie et al. The International MotherBaby Childbirth Initiative: Working to Create Optimal Maternity Care Worldwide. In: International Journal of Childbirth Volume 1, Issue 3, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.1.3.196> Acesso em 29/5/2017.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. In: Social Science & Medicine, Volume 38, Issue 8, April 1994, Pages 1125-1140. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3) . Acesso em 28/5/2017.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volume 75, Supplement 1, November 2001, Pages S5–S23. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0) . Acesso em 28/5/2017.

EASTERLY, William. How the Millennium Development Goals are Unfair to Africa. In: World Development, Volume 37, Issue 1, January 2009, pp. 26–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2008.02.009> Acesso em 12/5/2017.

FADYNHA. “Eu era doula e não sabia...” (Doula um nome novo para um papel muito antigo). RATTNER, Daphne e TRENCH, Belkis (orgs.). Humanizando partos e nascimentos. Sao Paulo: Ed. Senac, 2005, pp.93-101.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. In: Estudos Feministas, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004, pp. 47-71.

FORMIGA FILHO, José F. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan. (1999). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999, pp. 151-162.

FRIEDMAN, Elisabeth J. The Effects of ‘Transnationalism Reversed’ in Venezuela: assessing the impact of UN global conferences on the women’s movement. In: International Feminist Journal of Politics, 1:3 Autumn 1999, 357–381. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/146167499359790> . Acesso em: 1/2/2017.

GUMBS, Alexis et. all. Revolutionary mothering: love on the frontlines. California: PA Press, 2016. HARTMANN, Betsy. Reproductive rights and wrongs: The Global Politics of Population Control. 1995

HELLER, Léo. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. In: Ciência & Saúde Coletiva, número 3, volume 2, 1998, pp. 73-84.

HIGER, Amy J. International women's activism and the 1994 Cairo Population Conference. In: PRÜGL, Elisabeth e MEYER, Mary (eds). (1999). Gender politics in global governance. Maryland: Rowman & Littlefield publishers, Inc, pp. 122-141.

<http://news.nationalgeographic.com/2016/08/zika-florida-travel-sex-cdc/>

IBGE. Atlas do Saneamento 2011. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas_saneamento/default_zip.shtm . Acesso em 17/5/2017.

ISRAEL, Gisele e DACACH, Solange. As rotas do norplant: desvios da contracepção. Rio de Janeiro: Gráfica CBAG, 1993.

JONES, Terry. Institutional racism in the United States. In: Social Work, Vol. 19, No. 2 (MARCH 1974), pp. 218-225. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23712909> . Acesso em: 28/5/2017.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? In: Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155 , Agosto, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7532/9049> . Acesso em: 28/5/2017.

KALDOR, Mary. "The idea of global civil society". In *International Affairs* 79 (3), 2003, Pp. 583-593)

KATZNELSON, Ira. When affirmative action was White: an untold history of racial inequality in twentieth-century America. New York: W. W. Norton, 2005.

KECK, Margaret e SIKKINK, Kathyryn. Activists beyond borders: advocacy networks in international politics. Cornell University, 1998.

LEAL, Aline. Entenda o que é uma situação internacional de emergência em saúde pública. In: Agência EBC, 1/2/2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-01/oms-avalia-se-declara-o-zika-uma-emergencia-em-saude-publica> . Acesso em 20/3/2017.

LESSER, Jeffrey e KITRON, Uriel. A geografia social do zika no Brasil. In: Estudos Avançados, volume 30, número 88, Setembro/Dezembro 2016, pp. 167-175.

LÓPEZ, Ian F. H. Institutional Racism: Judicial Conduct and a New Theory of Racial Discrimination. In: The Yale Law Journal, Vol. 109, No. 8 (Jun., 2000), pp. 1717-1884. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/797509> . Acesso em: 28/5/2017.

LÓPEZ, L.C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo de saúde. In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412> . Acesso em 27/5/2014.

LUNA, Naara. A controvérsia do aborto e a imprensa na campanha eleitoral de 2010. Cad. CRH [online]. 2014, vol.27, n.71, pp.367-391. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792014000200010> . Acesso em 29/5/2017.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, Novembro de 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>. Acesso em 28/5/2017.

MCARTHUR, John W. Own the Goals: What the Millennium Development Goals Have Accomplished In: *Foreign Affairs*, Vol. 92, No. 2 (MARCH/APRIL 2013), pp. 152-162. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23527464>. Acesso em 27/5/2017.

Medeiros, Patricia e Guareschi, Neuza. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003 Acesso em 21/3/2017.

MENDEZ, Dara D. et al. Institutional Racism and Pregnancy Health: Using Home Mortgage Disclosure Act Data to Develop an Index for Mortgage Discrimination at the Community Level. In: *Public Health Reports* (1974-), Vol. 126, Supplement 3: Data Systems and Social Determinants of Health (SEPTEMBER/OCTOBER 2011), pp. 102-114. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41639310> Acesso em: 28/5/2017.

MOHANTY, Chandra T. Under western eyes: feminist scholarship and colonial discourses. In: *boundary 2*. Vol. 12/13, Vol. 12, no. 3 - Vol. 13, no. 1, On Humanism and the University I: The Discourse of Humanism (Spring - Autumn, 1984), pp. 333-358. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/302821>. Acesso em 30 de junho de 2016.

MURJI, Karim. Sociological Engagements: Institutional Racism and Beyond. In: *Sociology*, Vol. 41, No. 5, Special Issue on Sociology and its Public Face(s), Outubro de 2007, pp. 843-855. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/42858270>. Acesso em: 28/5/2017.

NAVARRO, Marysa. El primer encuentro feminista de Latinoamérica y el Caribe. 1982. Disponível em: <https://ideasfem.wordpress.com/textos/i/i21/>. Acesso em: 24/5/2017.

NELSON, Paul J. Human Rights, the Millennium Development Goals, and the Future of Development Cooperation. In: *World Development*, Volume 35, Issue 12, Dezembro 2007, Pages 2041–2055. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X07001489> Acesso em 28/5/2017.

NOWAK-LEHMANN, Felicitas et al. Does foreign aid really raise per capita income? A time series perspective. In: *The Canadian Journal of Economics / Revue canadienne d'Economique*, Vol. 45, N° 1 (February / février 2012), pp. 288-313. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41485649> Acesso: 27/5/2017.

NUNNENKAMP, P. To What Extent Can Foreign Direct Investment Help Achieve International Development Goals?. In: *World Economy*, n. 27, 2004, pp 657–677. Disponível em: doi:10.1111/j.0378-5920.2004.00620.x Acesso em 12/5/2017.

ODENT, Michel. A primeira verdade inconveniente. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.834>. Acesso em 29/5/2017.

ODENT, Michel. *Childbirth and future of Homo sapiens*. Londres: Pinter & Martin, 2013.

OLIVEIRA, Guacira César de e BRITO, Priscilla Caroline. Qual o orçamento para a saúde das mulheres. Brasília: CFEMEA, 2012. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea-e-publicacoes/publicacoes/4353-qual-o-orcamento-para-a-saude-das-mulheres> . Acesso em 28/5/2017.

OLIVEIRA, Inajara C. e CUTOLO, L. R. A. Humanização como expressão de Integralidade. In: Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):502-506 . Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/13.pdf Acesso em 21/3/2017.

OTOVO, Okezi T. Progressive mothers, better babies: race, public health and the State in Brazil (1850-1945). Austin: University of Texas Press, 2016.

Pasche, Dário Frederico et al. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. In: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 4, n. 4, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838> . Acesso em 29/5/2017.

PEARCE, Diana M. Gatekeepers and Homeseekers: Institutional Patterns in Racial Steering. In: Social Problems, Vol. 26, No. 3 (Feb., 1979), pp. 325-342. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/800457> Acesso em: 28/5/2017.

PEDRO, Joana Maria. Narrativas fundadoras do feminismo: poderes e conflitos (1970-1978). In: Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 26, no 52, 2006, p. 249-272.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. 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, 1999, pp. 15-38.

PETERSEN EE, MEANEY-DELMAN D, NEBLETT-FANFAIR R, et al. Update: Interim Guidance for Preconception Counseling and Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus for Persons with Possible Zika Virus Exposure. In: MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, Estados Unidos, setembro de 2016, Volume 65, número 39, pp. 1077-1081. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6539e1> Acesso em 10/4/2017.

PINTO, C. R. J. Espaços deliberativos e a questão da representação. Rev. bras. Ci. Soc. [online]. 2004, vol.19, n.54, pp. 97-113. ISSN 0102-6909. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n54/a06v1954.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2012.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. Rev. Sociol. Polit. [online]. 2010, vol.18, n.36, pp. 15-23. ISSN 0104-4478. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/03.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2012.

PINTO, C. R. J. Nota sobre a controvérsia Fraser-Honneth informada pelo cenário brasileiro. Lua Nova [online]. 2008, n.74, pp. 35-58. ISSN 0102-6445. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n74/03.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2012.

PINTO, C. R. J. Participação (representação?) política da mulher no Brasil: limites e perspectivas. In: SAFFIOTI, H. & MUÑOZ VARGAS, M. (orgs.). Mulher brasileira é assim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

PINTO, C. R. J. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2003.

- RAMOS, Sílvia. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):1067-1078, 2004.
- RATTNER, Daphne e TRENCH, Belkis (orgs.). *Humanizando partos e nascimentos*. Sao Paulo: Ed. Senac, 2005.
- RIBEIRO, M. O feminismo em novas rotas e visões. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 3, 2006, p. 801-811. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n3/a12v14n3.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2012.
- RISSE, Thomas, SIKKINK, Kathryn e ROPP, Stephen. *Power of Human Rights: International Norms and Domestic Change*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- ROBERTS, Dorothy. *Killing the black body: race, reproduction and the meaning of liberty*. New York: Vintage books, 1997.
- RONSMANS, Carine e GRAHAM, Wendy J. Maternal mortality: who, when, where, and why. In: *Lancet* 2006; 368: 1189–200. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360669380X/abstract> . Acesso em: 28/5/2017.
- SACHS, Jeffrey D. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. In: *The Lancet* , Volume 379 , Issue 9832 , pp. 2206 – 2211. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60685-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60685-0) Acesso em 12/5/2017.
- SAITH, A. From Universal Values to Millennium Development Goals: Lost in Translation. In: *Development and Change*, n. 37, pp. 1167–1199. Disponível em: doi:10.1111/j.1467-7660.2006.00518.x Acesso em 12/5/2017.
- SANTOS, Cecília MacDowell. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: absorção/readução de demandas feministas pelo Estado. In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 89, Junho 2010, pp. 153-170.
- SARTI, Cynthia A. O início do feminismo sob a ditadura no Brasil: o que ficou escondido. Texto preparado para apresentação no XXI Congresso Internacional da LASA (Latin American Studies Association), The Palmer House Hilton Hotel, Chicago, Illinois, 24-26 de setembro de 1998.
- SARTI, Cynthia A. O início do feminismo sob a ditadura no Brasil: o que ficou escondido. Texto preparado para apresentação no XXI Congresso Internacional da LASA (Latin American Studies Association), The Palmer House Hilton Hotel, Chicago, Illinois, 24-26 de setembro de 1998.
- SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. In: *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2004, vol.12, n.2, pp. 35-50. ISSN 0104- 026X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23959.pdf>. Acesso em 8/12/2013.
- SAYD, Jane. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1): 179-203, 2002.
- SCHEURICH, James Joseph e YOUNG, Michelle D. Coloring Epistemologies: Are Our Research Epistemologies Racially Biased? In: *Educational Researcher*, Vol. 26, No. 4 (May, 1997), pp. 4-16. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1176879> . Acesso em: 28/5/2017.

SELIN, Helaine. Childbirth across Cultures: Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth

Shepard, Bonnie. The "Double Discourse" on Sexual and Reproductive Rights in Latin America: The Chasm between Public Policy and Private Actions. In: Health and Human Rights Vol. 4, No. 2, Reproductive and Sexual Rights (2000), pp. 110-143. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/4065198> . Acesso em 25/9/2015.

SILVA, Angela Gerke da. A humanização da assistência ao nascimento. In: RATTNER, Daphne e TRENCH, Belkis (orgs.). Humanizando partos e nascimentos. São Paulo: Ed. Senac, 2005, pp. 83-87.

SILVA, Angela Gerke da. A parteira do Monte Azul. Salvador: JM Gráfica e Editora, 2010.

SILVÉRIO, Valter Roberto. Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. In: Cadernos de Pesquisa, n. 117, p. 219-246, novembro/ 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15560> . Acesso em 27/5/2014.

STERNBACH, Nancy et al. Feministas na América Latina: de Bogotá a San Bernardo. In: Revista de Estudos Feministas, Ano 2, volume 2, 2º semestre de 1994, Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/download/16213/14762> . Acesso em 25/5/2017.

TARROW, Sidney. *Dynamics of diffusion: mechanisms, institutions and scale shift*. In: GIVAN, Rebecca, ROBERTS, Kenneth and SOULE, Sarah (eds.) The diffusion of social movements. Actors, mechanisms and political effects. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, pp. 204-220.

TARROW, Sidney. *From "moments of madness" to waves of contention*. In: TARROW, S. Strangers at the gates: movements and states in contentious politics. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

TARROW, Sidney. Power in Movement: social movements and contentious politics. Nova York: Cambridge University Press, 3ª edição, 2011.

TAVARES, José. Does foreign aid corrupt?. In: Economics Letters 79, 2003, pp. 99–106. Disponível em: doi:10.1016/S0165-1765(02)00293-8 . Acesso em 27/5/2017.

TORNQUIST, Carmen Susana. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 10, n. 2, p. 389-397, July 2002 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200008> . Acesso em 28/5/2017.

TREPAGNIER, Barbara. Deconstructing Categories: The Exposure of Silent Racism. In: Symbolic Interaction, Vol. 24, No. 2 (2001), pp. 141-163. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/si.2001.24.2.141> . Acesso em: 28/5/2017.

UNICEF. Quem espera, espera. 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf . Acesso em 29/5/2017.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MARTINS, Cátia Paranhos; MACHADO, Dagoberto de Oliveira. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras . **Interface**

(Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 997-1011, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0335>. Acesso em 28/5/2017.

VENTURA, Deisy. VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00033316, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400302. Acesso em 24/5/2017.

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

VILLALBA, T. e MONDRAGÓN, L. She is a radical. In: GUMBS, Alexis et. all. Revolutionary mothering: love on the frontlines. California: PA Press, 2016, pp. 74-79.

VILLELA, Wilza. Direitos sexuais e reprodutivos: afinal de que falamos? 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, 2002, pp. 81-92.

VILLELA, Wilza. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento. In: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. Saúde das mulheres, s/d, pp. 8-11. Disponível em: Acesso em: 2/2/2017.

VON BÜLLOW, Marisa. Building Transnational Networks: civil society and the politics of trade in the Americas (Cambridge University Press, 2010).

WERNECK, J (2004). Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. Disponível em: http://www.criola.org.br/artigos/artigo_ou_o_belo_ou_o_puro.pdf. Acesso em 16/9/2016.

WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO Document Production Services, 2015.

DOCUMENTOS

Brasil, 12/7/2016, Ministro apresenta ações de combate ao Aedes Aegypti. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/noticias/795-ministro-fala-a-embaixadores-sobre-acoes-de-combate-ao-aedes>. Acesso em 8/3/2017

Brasil, Ministério da Saúde, 2016, Protocolo de vigilância a microcefalia, p. 10. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>. Acesso em 20/3/2017.

Brasil. (11/5/2016). Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/arquivos/estrategia-de-resposta-ao-virus-zika.pdf>. Acesso em 9/4/2017.

BRASIL. Depoimento do Ministro de Estado da Saúde, Waldyr Mendes Arcoverde, na CPI que investiga problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro. Mimeo, 21 de junho de 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Balanço de três anos do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Sem data. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/balanco.pdf> . Acesso em 28/5/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna. Panfleto 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002533.pdf> Acesso em 28/5/2017.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/images/pdf/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf> . Acesso em 8/4/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome e Ministério da Saúde. (2016). Portaria Interministerial no 405, de 15 de março de 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/23/PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N-405-MS-e-MDS-de-15.03.2016.pdf> . Acesso em 8/4/2016.

Brasil. Secretaria de Vigilância de Saúde do Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Vol. 48, Número 6, 2017. Disponível em: http://combateades.saude.gov.br/images/informes/2017_informe_epidemiologico_SE02.pdf Acesso em 8/4/2017

Brasil. Secretaria Nacional de Assistência Social – Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde. (2016) Instrução Operacional Conjunta MDS – MS. Fevereiro de 2016. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/instrucoes_operacionais/IOConjunta_Enfrentamento_ao_mosquito_Aedes_aegypti_microcefalia.pdf Acesso em 8/4/2017.

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

GELEDÉS. Cadernos Geledés. Caderno I – Mulher negra & Saúde. São Paulo: 1991a. Disponível em: <http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Mulher-Negra-e-Saude.pdf> . Acesso em 19/4/2016.

GELEDÉS. Cadernos Geledés. Caderno II – Esterilização: Impunidade ou Regulamentação. São Paulo: 1991b. Disponível em: <http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Esterilizao-Impunidade-ou-Regulamentao.pdf> Acesso em 19/4/2016.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm . Acesso em 25/4/2017.

PASCHE, Dário Frederico. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da AM e Ne Brasileiro: construindo uma maternidade segura e humanizada a partir de uma experiência coletiva. Apresentação para o Simpósio Internacional de Redes de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança Brasília, 18 e 19 de abril de 2011. Disponível em: http://eventos.opasbrasil.org/public/documents/6_Dr-142649.pdf . Acesso em 28/5/2017.

ANEXOS

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

No Brasil, morrem anualmente mais de duas mil mulheres e mais de trinta e oito mil recém-nascidos por complicações da gravidez, do aborto, do parto ou no pós-parto. Quase todas essas mortes poderiam ser evitadas se os direitos das mulheres e recém-nascidos fossem garantidos.

Para enfrentar essa tragédia evitável, o Ministério da Saúde está propondo o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assumido pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde em conjunto com outros órgãos de governo e entidades da sociedade civil. A meta é reduzir em 15%, até o ano de 2007, a mortalidade de mulheres e de recém-nascidos, que se mantêm em patamares elevados há mais de vinte anos.

O Brasil, através desse pacto, assume compromissos que vão produzir a garantia dos direitos das mulheres e recém-nascidos brasileiros por meio de ações como:

- garantir o acolhimento das mulheres e recém-nascidos nos serviços, evitando a peregrinação em busca de assistência;
- atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e atendimento do aborto previsto em lei;
- garantir o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto;
- ampliar o acesso e garantir a qualidade dos serviços de pré-natal e acompanhamento pós-parto, com a expansão da estratégia de Saúde da Família;
- ampliar as ações de planejamento familiar;
- garantir o acompanhamento à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, oferecendo avaliação ao aleitamento materno, vacinas, teste do pezinho, orientação para contracepção e agendamento das consultas de puericultura e puerpério;
- aprimorar os serviços que atendem à mulher e ao recém-nascido, principalmente das maternidades;
- qualificar a informação sobre os óbitos de mulheres e crianças, conhecendo suas causas para corrigir as falhas da assistência;
- incluir as urgências pediátricas e obstétricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- capacitar os profissionais que atendem às mulheres e crianças nos serviços básicos, maternidades, unidades de terapia intensiva e urgência;
- proteger a trabalhadora gestante para que não se exponha a fatores de risco que possam comprometer sua gestação;
- oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, respeitando suas particularidades étnicas e culturais;
- promover a participação do controle social na implementação das ações propostas pelo pacto;
- sistema público e privado de saúde pronto a atender com qualidade e humanização.

As instituições governamentais e não-governamentais assumem, nesse pacto, a prioridade da redução da mortalidade materna e neonatal, seja na implementação de ações, no exercício do controle social, na mobilização dos atores envolvidos e sob outras formas que contribuam para o resgate da cidadania das mulheres e crianças brasileiras.

Panfleto do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna, Ministério da Saúde, 2004.

Tabela 1A – Total acumulado de casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos (2015 e 2016) – Brasil e Grandes Regiões												
Brasil e Grandes Regiões	Semana 3/2016						Semana 52/2016					
	Total		Municípios com casos notificados		Municípios com casos confirmados		Total		Municípios com casos notificados		Municípios com casos confirmados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	4.180	100	830	100	270	100	10,867	100	1,837	100	751	100
Nordeste	3.607	86,3	661	79,6	268	99,3	7,023	64,6	1,047	57,0	566	75,4
Alagoas	158	3,8	57	6,9	0	0	376	3,5	76	4,1	40	5,3
Bahia	533	12,8	93	11,2	35	13	1,534	14,1	215	11,7	100	13,3
Ceara	229	5,5	56	6,7	4	1,5	642	5,9	116	6,3	56	7,5
Maranhão	134	3,2	56	6,7	0	0,0	328	3,0	97	5,3	59	7,9
Paraíba	709	17	117	14,1	31	11,5	933	8,6	143	7,8	71	9,5
Pernambuco	1,373	32,8	159	19,2	138	51,1	2,259	20,8	177	9,6	106	14,1
Piauí	91	2,2	30	3,6	0	0	200	1,8	76	4,1	44	5,9
Rio Grande do Norte	208	5	52	6,3	60	22,2	481	4,4	91	5,0	47	6,3
Sergipe	172	4,1	41	4,9	0	0,0	270	2,5	56	3,0	43	5,7
Sudeste	240	5,7	80	9,6	1	0,4	2,324	21,4	376	20,5	74	9,9
Espirito Santo	52	1,2	16	1,9	0	0,0	265	2,4	35	1,9	12	1,6
Minas Gerais	48	1,1	33	4,0	1	0,4	303	2,8	114	6,2	16	2,1
Rio de Janeiro	122	2,9	21	2,5	0	0,0	861	7,9	60	3,3	20	2,7
São Paulo	18	0,4	10	1,2	0	0	895	8,2	167	9,1	26	3,5

Norte	94	2,2	41	4,9	0	0	550	5,1	169	9,2	40	5,3
Acre	0	0	0	0	0	0	52	0,5	10	0,5	1	0,1
Amapá	0	0	0	0	0	0	18	0,2	4	0,2	4	0,5
Amazonas	0	0	0	0	0	0	63	0,6	15	0,8	10	1,3
Pará	6	0,1	4	0,5	0	0	115	1,1	46	2,5	3	0,4
Rondônia	1	0	1	0,1	0	0	46	0,4	15	0,8	6	0,8
Roraima	5	0,1	2	0,2	0	0	32	0,3	8	0,4	4	0,5
Tocantins	82	2	34	4,1	0	0	224	2,1	71	3,9	12	1,6
Centro-Oeste	217	5,2	39	4,7	0	0	716	6,6	129	7	52	6,9
Distrito Federal	14	0,3	1	0,1	0	0	70	0,6	1	0,1	1	0,1
Goiás	52	1,2	15	1,8	0	0	239	2,2	52	2,8	21	2,8
Mato Grosso	147	3,5	20	2,4	0	0	351	3,2	57	3,1	18	2,4
Mato Grosso do Sul	4	0,1	3	0,4	0	0	56	0,5	19	1	12	1,6
Sul	12	0,3	9	1,1	1	0,4	254	2,3	116	6,3	19	2,5
Paraná	10	0,2	7	0,8	0	0	56	0,5	37	2	3	0,4
Rio Grande do Sul	1	0	1	0,1	1	0,4	17	0,2	16	0,9	6	0,8
Santa Catarina	1	0	1	0,1	0	0	181	1,7	63	3,4	10	1,3

Fonte: Informes epidemiológicos do Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Tabela 2A - Total acumulado de casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos (2015 e 2016), por tipo de status, segundo UFs e Grandes Regiões

Brasil e Grandes Regiões	Semana 52/2016							
	Total de casos		Investigados e confirmados		Investigados e prováveis		Investigados e descartados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	10.867	100	2.366	100	49	100	5.269	100
Nordeste	7.023	64,6	1.804	76,2	5	10,2	3.634	69
Alagoas	376	3,5	90	3,8	0	0	235	4,5
Bahia	1.534	14,1	433	18,3	2	4,1	488	9,3
Ceara	642	5,9	152	6,4	0	0	337	6,4
Maranhão	328	3,0	160	6,8	0	0	85	1,6
Paraíba	933	8,6	191	8,1	3	6,1	559	10,6
Pernambuco	2.259	20,8	408	17,2	0	0	1.526	29
Piauí	200	1,8	100	4,2	0	0	88	1,7
Rio Grande do Norte	481	4,4	142	6,0	0	0	232	4,4
Sergipe	270	2,5	128	5,4	0	0	84	1,6
Sudeste	2.324	21,4	298	12,6	44	89,8	882	16,7
Espirito Santo	265	2,4	36	1,5	9	18,4	122	2,3
Minas Gerais	303	2,8	19	0,8	0	0	24	0,5
Rio de Janeiro	861	7,9	179	7,6	0	0	283	5,4

São Paulo	895	8,2	64	2,7	35	71,4	453	8,6
Norte	550	5,1	92	3,9	0	0	219	4,2
Acre	52	0,5	2	0,1	0	0	37	0,7
Amapá	18	0,2	11	0,5	0	0	5	0,1
Amazonas	63	0,6	26	1,1	0	0	14	0,3
Pará	115	1,1	8	0,3	0	0	12	0,2
Rondônia	46	0,4	12	0,5	0	0	17	0,3
Roraima	32	0,3	13	0,5	0	0	14	0,3
Tocantins	224	2,1	20	0,8	0	0	120	2,3
Centro-Oeste	716	6,6	145	6,1	0	0	351	6,6
Distrito Federal	70	0,6	13	0,5	0	0,0	51	1,0
Goiás	239	2,2	47	2,0	0	0,0	119	2,3
Mato Grosso	351	3,2	57	2,4	0	0,0	159	3,0
Mato Grosso do Sul	56	0,5	28	1,2	0	0,0	22	0,4
Sul	254	2,3	27	1,1	0	0,0	183	3,5
Paraná	56	0,5	3	0,1	0	0,0	45	0,9
Rio Grande do Sul	17	0,2	6	0,3	0	0,0	9	0,2
Santa Catarina	181	1,7	18	0,8	0	0,0	129	2,4

Fonte: Boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. Elaboração: Layla Carvalho

Tabela 3A - Comparação das cinco principais causas de mortalidade entre mulheres em idade fértil, segundo raça/cor em anos selecionados - 1996, 2000, 2010 e 2014

Brasil			Negras			Amarelas			Indígenas			Branças		
1996	N		1996	N		1996	N		1996	N		1996	N	
IX. Doenças do aparelho circulatório	12912	1	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	53	1	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1078	1	VI. Doenças do sistema nervoso	112	1	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	204	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12322	2	IX. Doenças do aparelho circulatório	41	2	II. Neoplasias (tumores)	211	2	VII. Doenças do olho e anexos	31	2	IX. Doenças do aparelho circulatório	165	2
II. Neoplasias (tumores)	10444	3	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	3	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	211	3	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	21	3	II. Neoplasias (tumores)	123	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7768	4	II. Neoplasias (tumores)	22	4	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	202	4	IX. Doenças do aparelho circulatório	19	4	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	93	4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6277	5	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	19	5	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	144	5	X. Doenças do aparelho respiratório	13	5	X. Doenças do aparelho respiratório	65	5
XV. Gravidez parto e puerpério	1451	9	XV. Gravidez parto e puerpério	4	11	XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	XV. Gravidez parto e puerpério	2	10	XV. Gravidez parto e puerpério	21	8
2000			2000			2000			2000			2000		
IX. Doenças do aparelho circulatório	13076	1	IX. Doenças do aparelho circulatório	5019	1	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	503	1	VI. Doenças do sistema nervoso	231	1	II. Neoplasias (tumores)	6526	1
II. Neoplasias (tumores)	11610	2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4149	2	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	104	2	IX. Doenças do aparelho circulatório	43	2	IX. Doenças do aparelho circulatório	5843	2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10543	3	II. Neoplasias (tumores)	3483	3	II. Neoplasias (tumores)	101	3	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	37	3	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5241	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7638	4	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3416	4	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	69	4	VII. Doenças do olho e anexos	35	4	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2434	4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5435	5	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2151	5	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	60	5	VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	31	5	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2367	5

XV. Gravidez parto e puerpério	1640	9	XV. Gravidez parto e puerpério	711	9	XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	XV. Gravidez parto e puerpério	5	10	XV. Gravidez parto e puerpério	629	10
--------------------------------	------	---	--------------------------------	-----	---	--------------------------------	---	---	--------------------------------	---	----	--------------------------------	-----	----

2010			2010			2010			2010			2010		
II. Neoplasias (tumores)	14583	1	IX. Doenças do aparelho circulatório	6471	1	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	185	1	VI. Doenças do sistema nervoso	245	1	II. Neoplasias (tumores)	7448	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12338	2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6440	2	II. Neoplasias (tumores)	51	2	IX. Doenças do aparelho circulatório	54	2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5217	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	12326	3	II. Neoplasias (tumores)	6132	3	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	34	3	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	29	3	IX. Doenças do aparelho circulatório	5028	3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5642	4	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3012	4	VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	30	4	VII. Doenças do olho e anexos	28	4	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2271	4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4149	5	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2357	5	X. Doenças do aparelho respiratório	13	5	X. Doenças do aparelho respiratório	28	5	X. Doenças do aparelho respiratório	1745	5
XV. Gravidez parto e puerpério	1726	0	XV. Gravidez parto e puerpério	1012	9	XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	XV. Gravidez parto e puerpério	6	11	XV. Gravidez parto e puerpério	599	10

2014			2014			2014			2014			2014		
II. Neoplasias (tumores)	15311	1	II. Neoplasias (tumores)	7146	1	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	173	1	VI. Doenças do sistema nervoso	324	1	II. Neoplasias (tumores)	7405	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12471	2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6916	2	II. Neoplasias (tumores)	46	2	IX. Doenças do aparelho circulatório	76	2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4974	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	11593	3	IX. Doenças do aparelho circulatório	6476	3	VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	37	3	X. Doenças do aparelho respiratório	45	3	IX. Doenças do aparelho circulatório	4583	3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5286	4	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3057	4	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	22	4	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	29	4	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1928	4
X. Doenças do aparelho respiratório	3760	5	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1990	5	IX. Doenças do aparelho circulatório	16	5	VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	29	5	X. Doenças do aparelho respiratório	1625	5

XV. Gravidez parto e puerpério	1888	9	XV. Gravidez parto e puerpério	1208	9	XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	XV. Gravidez parto e puerpério	6	12	XV. Gravidez parto e puerpério	588	9
--------------------------------	------	---	--------------------------------	------	---	--------------------------------	---	---	--------------------------------	---	----	--------------------------------	-----	---

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Elaboração: Layla Carvalho