



Universidade de São Paulo  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Doutorado em Saúde Pública

As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos  
2000: tecnologias de produção do sexo e do gênero no  
imbricamento entre Estado e movimentos sociais

Hevelyn Rosa Machert da Conceição

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração:  
Saúde, ciclos de vida e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral.

São Paulo  
2021

# As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos 2000: tecnologias de produção do sexo e do gênero no imbricamento entre Estado e movimentos sociais

Hevelyn Rosa Machert da Conceição

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração:  
Saúde, ciclos de vida e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral.

Versão original  
São Paulo  
2021

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.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

#### Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pela autora  
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Conceição, Hevelyn Rosa Machert da

As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos 2000: tecnologias de produção do sexo e do gênero no imbricamento entre Estado e movimentos sociais / Hevelyn Rosa Machert da Conceição; orientadora Cristiane da Silva Cabral. -- São Paulo, 2021.

361 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2021.

1. Política de Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Movimentos Sociais. 4. Gênero. 5. Direitos Sexuais e Reprodutivos. I. Cabral, Cristiane da Silva, orient. II. Título.

**À Sebastiana, pela sabedoria**

**À Julieta, pelo afeto**

**À Neide, pela coragem**

## **Agradecimentos**

Para alcançar o fim do doutorado com algum resquício de saúde, a pessoa só é capaz desse feito se tem parcerias e se tem amor. (Um pouco de distanciamento e de desconfiança de certa fantasia egoica que habita o universo acadêmico também vem a calhar). Como tudo nessa vida, também uma tese se faz em relação. Sendo uma pessoa da periferia, racializada, filha de migrantes e imigrantes, a entrada e a permanência em uma universidade pública só pode ser obra de grande esforço coletivo. E esse feito não se inicia no doutorado, ao contrário, uma vez que para chegar até ele tamanha mobilização se mostrou primordial desde há muito.

Quase cinco anos de curso produzem muito mais coisas do que uma tese. Daqui onde falo, vejo a infinidade de encontros que fui vivenciando ao longo desse tempo. Encontros humanos e inumanos que teceram possibilidades de vir a ser, de diferir, de experimentar. E através dos quais, outros mundos se deflagraram, inclusive aquele no qual se efetivou em mim um corpo de pesquisadora. A essa miríade de encontros também se deve essa tese. De alguns, cuja interferência na pesquisa é mais visível, falarei logo a seguir; já outros, aqueles dos quais nem desconfio, deixo esse registro em aberto.

Certa vez, Maria Bethânia entoou uma canção em feitiço de oração que dizia assim: “Eu queria que a mão do amor/Um dia trançasse/Os fios do nosso destino”. E tenho a alegria e a honra de ter muitos fios entrelaçados aos meus. Atuando mais diretamente sobre a pesquisa, ou compartilhando outras experiências de afeto e cuidado, são muitos os viventes que considero imprescindíveis para fazer o doutorado caber na vida. Aqui, com muito carinho, trago aqueles os quais sou capaz de nomear.

À Cris Cabral, por me acolher e ser presença firme quando me vi à deriva, pelo respeito por meu pensamento e pela aposta no processo. A parceria que construímos é um dos pilares que sustenta e organiza essa tese. O fato de termos nos encontrado no meio do doutorado me aparece hoje como um acaso benfazejo, ao qual sou também muito grata. Aprendi muito com você e agradeço também por compartilhar comigo os códigos dessa gramática do universo acadêmico e científico.

A Simone Diniz, Leticia Ferreira, Rossana Reis e Elisabeth Meloni, por aceitarem o convite para a banca de defesa, e, especialmente, pela leitura atenta e cuidadosa da tese que trouxe contribuições muito valiosas para a pesquisa e para minha formação. A Zé Miguel Olivar e Pedro Paulo Pereira pelas reflexões e sugestões oferecidas no processo de

qualificação. A Zé Miguel também por ter me doado um tanto de seu tempo e acolhido minha aflição, em um momento em que muito precisei. A Ivia Maksud e Lucas Freire por, com muita gentileza, terem também aceitado participar da banca. Com essas interlocuções, pude expandir horizontes, explorar outras perspectivas, me deparar com questões novas que eu não tinha vislumbrado e aprender muito. Muito obrigada pela generosidade da troca e pelos questionamentos. São encontros assim que fazem da universidade um espaço interessante, rico, transformador e mais possível de ser habitado.

A Ricardo Teixeira, Marta Rosa Amoroso, Tessa Lacerda, Túlio Franco, Ivia Maksud, Emerson Merhy, Marcia Moraes e Everardo Duarte Nunes. Mestres que muito me ensinaram no percurso pela pós-graduação. E que muito me inspiram, tanto através da relevante obra acadêmica que produziram e produzem, quanto pela forma como ocupam a universidade e como exercem a docência.

Às pessoas que comigo dividiram grupos de trabalho em eventos acadêmicos e que com reflexões, questionamentos e diálogo contribuíram muito para o desenvolvimento da pesquisa. Esses espaços de troca, junto de pessoas até então desconhecidas, com diferentes trajetórias, funcionaram também como momentos onde pude experimentar colocar em circulação elementos da tese, como argumentos, articulações e tensionamentos. Com esses encontros, me foi possível afinar algumas perspectivas, conhecer novas bibliografias e expandir minha rede.

Às muitas mulheres pesquisadoras citadas ao longo da tese, cujos admiráveis e generosos trabalhos constituem fontes valiosas de pensamento e crítica. Muito pouco seria possível avançar sem a bagagem e as ferramentas ofertadas por elas.

A Alexandra Elbakyan, Sean Dockray e a toda a comunidade virtual de compartilhamento de conhecimento fora do circuito financeirizado.

Às funcionárias e funcionários que trabalham nos diversos setores da Faculdade de Saúde Pública, desde a secretaria da pós, a manutenção, a vigilância, até a biblioteca, o restaurante universitário e a secretaria do departamento. Agradeço, especialmente, à Carmen e à Vânia, pelo cuidado e pelo acolhimento ao longo dos anos.

Às tantas pessoas com quem trabalhei na saúde pública desde 2008. Às colegas de trabalho e às usuárias dos serviços. Sobretudo, as mulheres com quem tenho dividido a laboriosa construção cotidiana do cuidado no SUS. Ao longo desse tempo, foram tantos serviços, em tantas cidades diferentes... Uma jornada que me trouxe aprendizados e experiências incontáveis, que me aproximou de histórias cheias de beleza, força, luta e também de dor e violência. Muitas dessas vozes compõem reflexões presentes na tese.

Às mulheres que acompanhei na clínica, pela confiança e pela partilha de afetos. Pela disposição em se lançarem a esse exercício meticuloso e ao mesmo tempo fluido de encontrar uma saúde possível.

Aos bons encontros que o doutorado me deu e que extrapolaram as salas de aula: Vítor Araújo, Caio Mader, Katia Gomes, Elene Nardi, Mayara Moreira, Andreia Chulvis, Isa Sorrentino, Alexis Minolopoulos, Raul Carvalho, Thika Calil, Aline Travaglia e Paula Moreno.

Às amigas que iluminam e coloreme meus dias! Companhias inestimáveis que a mão do amor fiou no tecido da vida. Lari, Tay, Val, Patosca, Katin, Pôti, Bombom, Tito, Rafinha, Biny, Cris Bremen, Terê, Claudinha, Manu, Amaureks, Gutem, Mari Paes, Bióca, Bela, Pê, Monsieur, Damian, Eder, Bruno e Eddie.

Ao amigo Tiago Régis que gentilmente usou de seu tempo e energia para imprimir e entregar as cópias desta tese às pessoas da banca que residiam no Rio de Janeiro.

A Teresa e Ana Lúcia pelo cuidado de perto e de mãos dadas.

À minha família pelo apoio, carinho, incentivo e torcida. A meus pais, Neidoca e Sergeta, pelo amor, por estarem por perto e por manterem a porta sempre aberta para mim, mesmo, e principalmente, quando estou em trânsito. Especialmente, meu avô João (*in memoriam*), um homem da terra que não me deu outra coisa senão ternura, amor e carinho. Para quem eu já era doutora muito antes de eu mesma me ver assim e de me tornar uma. Vô, não vou dizer que você partiu antes de me ver formar como uma doutora, porque para você, eu já era uma antes de qualquer reconhecimento institucional. Esse título, conferido por você à sua Avelã, vale mais do que qualquer outro. Muito obrigada por fazer parte da minha vida!

Em termos de encontros inumanos, presto aqui minha homenagem a todas as espécies que tornam a vida possível. Em especial, a meus companheiros felinos, Meleca (*in memoriam*) e Pepe, que há dezoito anos me dão a honra de seu amor, seus ensinamentos e sua presença. A eles que constantemente me interpelam com outras formas de estar na vida, de usar o corpo e de tecer relações. Agradeço também a Zildo e Bibi Biboca por me acompanharem durante o ano em que moramos juntos.

E, por fim, ao meu Menino Grande, com quem compartilho as aventuras da vida, inventando possíveis, animada pelo nosso amor, e buscando alegria e beleza nas miudezas dos dias, mesmo quando estes se revelam soturnos e áridos. Sua presença e sua parceria foram terra firme onde confiar para me lançar a explorar os movimentos do doutorado.

**Não se separa o corpo, nem os sentidos da inteligência,  
sobretudo num domínio onde a fadiga incessantemente  
renovada dos órgãos precisa ser bruscamente sacudida  
para reanimar nosso entendimento.**

Antonin Artaud

**Assinalo que muitas palavras, termos e conceitos que utilizarei são  
instáveis, imprecisos. Eles vêm sendo, ao longo das diferentes lutas  
de resistência, questionados, criticados, reposicionados e refeitos.  
Utilizarei muitos destes aqui. Peço, então, que desconfiem.**

Jurema Werneck



CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa M. **As mulheres nas políticas públicas de saúde dos anos 2000: tecnologias de produção do sexo e do gênero no imbricamento entre Estado e movimentos sociais.** 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo: 2021.

## **Resumo**

Essa tese investiga as contingências que conferem possibilidade de existência para as políticas públicas de saúde da mulher dos anos 2000, com destaque para os modos pelos quais esse sujeito – a(s) mulher(es) - é conformado pelas políticas. Desse modo, os objetivos consistem em: descrever e analisar as políticas públicas de saúde voltadas às mulheres, seus princípios e os contextos sócio-históricos específicos onde se inscrevem; e identificar e compreender os modos como a mulher é caracterizada nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil. Foram analisadas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Rede Cegonha, por meio do estudo de seus textos e das contingências políticas e históricas de ambas, com inspiração na perspectiva antropológica de análise de documentos e na abordagem genealógica da história. O estudo do contexto é realizado por meio de três eixos: movimentos sociais; institucionalidade estatal; e fomento à produção de conhecimento científico. Os resultados da pesquisa foram discutidos a partir da análise do processo de produção do sexo e do gênero; e do co-imbricamento entre Estado, movimentos sociais e mulher. O percurso analítico possibilitou concluir que as políticas de saúde da mulher dos anos 2000 mostram-se como planos nos quais se disputou as definições de mulher, os modelos de atenção à saúde e com forte tensionamento da relação entre movimentos sociais e Estado na arena dos direitos reprodutivos.

Palavras-chave: Política de Saúde; Saúde da Mulher; Movimentos Sociais; Gênero; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa M. **Women in public health policies in the 2000s: sex and gender technologies along the intertwined between State and social movements.** 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo: 2021.

## **Abstract**

This thesis investigates the contingencies that give the possibility of existence to public health policies for women in the 2000s, highlighting the ways in which this subject – the woman – is shaped by the policies. Thus, the objectives consist of: describing and analyzing public health policies aimed at women, their principles and the specific socio-historical contexts in which they apply; and identify and understand the ways in which women are characterized in public policies aimed at women's health in Brazil. The Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) and the Rede Cegonha were analyzed through the study of their texts and the political and historical contingencies of both, inspired by the anthropological perspective on documents and the genealogical approach of history. The study of the context is carried out through three axes: social movements; state institutionality; and incentive of the production of scientific knowledge. The research results were discussed based on the analysis of the sex and gender production process; and the co-imbrication between the State, social movements and women. The analytical path made it possible to conclude that women's health policies in the 2000s appear as levels in which the definitions of women, health care models were disputed, and with strong tension in the relationship between social movements and the State in the arena of reproductive rights.

Key-words: Health Policy; Women's Health; Social Movements; Gender; Reproductive Rights.

## **Lista de siglas**

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AMB – Articulação de Mulheres Brasileiras  
ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde  
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida  
ATSM – Área Técnica de Saúde da Mulher  
BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria  
CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento  
CISMU – Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher  
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
CNCTIS – Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde  
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher  
CNMB – Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras  
CNPM – Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia  
DST – Doença sexualmente transmissível  
EVIPNet – Rede para Políticas Informadas por Evidências  
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz  
HIV – Vírus da imunodeficiência humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IST – Infecção sexualmente transmissível  
MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação  
MHP – Movimento pela humanização do parto e do nascimento  
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

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PESS – Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde  
PMC – Programa Mulher & Ciência  
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PMI – Programa Materno-Infantil  
PQM – Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais  
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde  
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher  
PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPA – Plano Plurianual  
PPF – Plataforma Política Feminista  
PPSUS – Programa Pesquisa para o SUS  
PT – Partido dos Trabalhadores  
RC – Rede Cegonha  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
Rehuna – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento  
RFS – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNFPA – Fundo das Nações Unidas para as Populações  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>Itens</b>	<b>Pág.</b>
<b>PARTE I – TECENDO OS PERCURSOS DA PESQUISA</b>	<b>14</b>
<b>Prólogo – Deslocar, estranhar, aproximar</b>	<b>14</b>
<b>Introdução – Alinhavando o campo de pesquisa</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 1 – Interloquções teóricas</b>	<b>29</b>
1.1. Políticas públicas e Estado – a dimensão produtiva das práticas de governo	29
1.2. Por uma inspiração genealógica	38
1.3. Artifícios do gênero e do sexo	45
<b>Capítulo 2 – Aspectos metodológicos: trabalhando com documentos</b>	<b>52</b>
<b>Capítulo 3 – Sobre alguns antecedentes das políticas de saúde da mulher dos anos 2000</b>	<b>66</b>
<b>PARTE II – SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b>	<b>81</b>
<b>Capítulo 4 – O documento da PNAISM e a inclusão do conceito de gênero na política pública</b>	<b>83</b>
4.1. Mulheres no Plural	91
<b>Capítulo 5 – Uma conjuntura de e por ampliação de direitos</b>	<b>103</b>
5.1. Participação da sociedade civil no fazer das políticas	104
5.1.1. Movimentos de mulheres e movimentos feministas: intersecções entre integralidade e diversidade	107
5.1.2. A integralidade e o modelo de atenção à saúde em foco	116
5.2. Espaços institucionais do Estado e o desafio de transversalizar o “gênero” nas políticas públicas	123
5.2.1. A emergência da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	127
5.3. A indução de agendas de pesquisa	142
5.3.1. Temas priorizados e distribuição de recursos	150
<b>PARTE III – SOBRE A REDE CEGONHA</b>	<b>161</b>
<b>Capítulo 6 – Apagamento da noção de integralidade e focalização da política na “mulher-mãe”</b>	<b>163</b>
6.1. Princípios e diretrizes da Rede Cegonha	171

<b>Capítulo 7 – Humanização do parto e nascimento: disputas por um novo modelo de atenção à saúde</b>	181
7.1. A participação popular reduzida ao controle social	182
7.1.1. Estreitamento do enfoque de política de saúde da mulher e a priorização do ciclo gravídico-puerperal	183
7.1.2. “Quebra de compromisso”: a Rede Cegonha como expressão do distanciamento entre movimentos feministas e Ministério da Saúde	194
7.2. Um programa de melhoria de serviços perinatais transforma-se na principal política de saúde da mulher	200
7.2.1. Negociações político-partidárias em torno do útero	211
7.3. Produção de evidências e de lacunas no campo da saúde da mulher	219
7.3.1. Concentração de recursos para o fomento da agenda da Rede Cegonha	226
<b>PARTE IV – CO-PRODUÇÃO DE MULHER(ES), ESTADO E MOVIMENTOS SOCIAIS</b>	235
<b>Capítulo 8 – Caracterização do sujeito mulher na política de saúde dos anos 2000</b>	235
8.1. O valor prescritivo dos órgãos	235
8.2. A ginecologia baliza prioridades em saúde da mulher	239
8.3. A família das políticas: nuclear e heteronormativa	243
8.4. O controle da reprodução incide sobre a mulher	248
8.5. Gestar, parir e maternar: a santa trindade do corpo feminino	258
<b>Capítulo 9 – Implicações do engajamento com o Estado</b>	269
9.1. Agenciamentos na produção de políticas públicas de saúde: mulher, Estado e movimentos sociais	269
9.2. A dupla institucionalização dos movimentos sociais	277
9.3. Cidadania da força de reprodução	281
9.4. A efêmera visibilização das outras mulheres	288
9.5. Uma agenda de população (feminina) e desenvolvimento	294
9.6. A erosão da atenção integral à saúde da mulher sob as disputas em torno do gênero	301
9.7. Tensões entre a luta por direitos e o Estado	306
<b>Considerações finais – (r)existir desde os escombros</b>	314
<b>Referências</b>	324
<b>Anexo 1 – Cronologia de eventos relacionados à emergência e à eventual dissolução de políticas públicas e de órgãos institucionais vinculados à saúde da mulher no Brasil, de 1983 a 2018.</b>	359

## PARTE I – TECENDO OS PERCURSOS DA PESQUISA

### Prólogo – Deslocar, estranhar, aproximar

As boas vindas que lhe podemos oferecer, estimada pessoa que nos lê, assomam-se na figura de perguntas e, por que não dizer, de desassossegos. Cá estão: Como descrever uma mulher? De que meios dispomos para torná-la inteligível? Para discerni-la? Em que consiste sua existência como tal? De modo a suportar os solavancos que tais questionamentos impõem, um primeiro deslocamento faz-se necessário. É preciso encontrar meios de estranhar aquilo que tomamos por óbvio e natural, cultivando uma sensibilidade capaz de devolver a intensidade a termos por demais familiares. Apostamos que um corpo de pesquisa, bem como um corpo de pesquisadora, pode emergir a partir desse exercício.

Lhe rogamos, assim sendo, um voto de confiança e também de paciência, para nos acompanhar por uma ligeira paisagem literária que, desde a ficção, tem o potencial de nos contar de alguns caminhos pelos quais se ensaiam aproximações em direção à mulher.

Convidamos ao encontro com a primeira cena:

#### As sensibilidades nervosas de uma moça

Era fim dos 1800 e havia na cidade do Rio de Janeiro uma moça de família distinta, dizia-se, até, com ares aristocráticos. Atendia pelo nome de Madalena<sup>1</sup>. No início do relato de sua história, Magdá - como era chamada por entes queridos - contava com dezessete anos e sofria um grande, quiçá o maior, golpe de sua vida: a partida para a Europa de seu amado, que com ele levou a promessa de um casamento e da constituição de um lar, de uma família, de um destino. Sofrendo *os desesperos de viúva* e as *alucinações de mulher abandonada*, Magdá adoece gravemente e de forma definitiva. Tudo indica que fazia parte de sua constituição natural... Diante do infortúnio, Magdá é descrita por nosso narrador através de sua *sobreexcitação nervosa*

---

<sup>1</sup> A jornada de Madalena é contada por Aluísio de Azevedo (2003 [1899]) na obra intitulada “O homem”.

que lhe fatiga e consome, com acessos de humor, tornando-a indisposta para qualquer passatempo. Magdá tem palpitações, náuseas, dores, e acometimentos de toda sorte, embora ela não entenda por que. O diagnóstico médico? Efeitos do celibato, que o doutor anunciou assim:

*Diabo! Faz lástima que um organismo tão rico e tão bom para procriar, se sacrifique deste modo! Enfim – ainda não é tarde; mas, se ela não se casar quanto antes – hum... hum!... Não respondo pelo resto! (...) O útero, conforme Platão, é uma besta que quer a todo custo conceber no momento oportuno; se lho não permitem – dana! Ora aí tem!*<sup>2</sup>

\*

E, agora, se nos permitem, vamos à segunda cena:

### **A velha e a lambisgoia**

Estamos em Maceió. É a década de 1930. O narrador é Luís Silva, neto do notório (e falecido) dono de terras e de gente Trajano Pereira de Aquino Cavalcante e Silva, vive de um salário baixo, em uma casa simples com Vitória, sua criada, um papagaio e um gato<sup>3</sup>. Nos idos de seus cinquenta anos, Vitória não tem marido ou filhos, anda em trajes gastos e encardidos, é *desdentada, reumática, cheia de manias*, tem duas *verrugas escuras* e traz o buço e o queixo *cabeludos*. Vitória, segundo diz seu patrão, é *terrivelmente feia*. Suas maiores preocupações repousam sobre o recebimento de seu ordenado, a educação do papagaio e o fluxo de navios no porto. Embora atormente Luís com tagarelices sobre as embarcações e as lições para o papagaio, Vitória asseia a casa, cuida das galinhas, trata da horta e abastece seu patrão com informações sobre a vizinhança. Foi ela, a criada, quem noticiou a chegada de uma nova moradora. Marina. Garota de olhos azuis, cabelos loiros, pele avermelhada, unhas e cara pintadas. Foi

---

<sup>2</sup> AZEVEDO, 2003 [1899], p. 46-7.

<sup>3</sup> A história de Luís Silva, Vitória e Marina está na obra intitulada “Angústia”, de Graciliano Ramos (2019 [1936]).



quando Marina cuidava do jardim que Luís repousou os olhos nela pela primeira vez e, ainda que não fosse dado a *casos de sentimento*, ele se apaixonou. Deu-lhe mimos, promessas de uma vida farta, porém Marina o rejeitou. E o pior: por Julião Tavares, tipo vistoso, poeta, de sapatos brilhantes. Quanto a Marina, nas palavras de Luís, *era engraçada o diabo da pequena, a coisinha loura, a melindrosa pintada, cheia de inclinações imbecis e safadas*. Muito distante, afinal, da *criatura sensata, amante da ordem, direita e sisuda* que mereceria ser por ele desposada. E que, há de ser dito, jamais lhe aparecera.

\*

Como nos encontramos com Magdá, Vitória e Marina? De que modo elas ganham vida? No intrincado das narrativas literárias é possível distinguir que a mulher em questão se conforma através de uma série de procedimentos para os quais anunciar somente “mulher” não parece ser o suficiente. Na ocasião de se estabelecer uma figura de mulher, invoca-se toda uma sorte de atributos, promovendo a articulação de diferentes termos em um mesmo campo. É como se, ao se falar em mulher, fosse preciso se falar também em um conjunto de elementos a fim de conferir sustentação ao primeiro. Sendo assim, assinalamos uma operação na qual um conceito nunca está sozinho, pois ao mesmo tempo em que aciona outros para constituírem-lhe vizinhança, torna-se, nessa mesma medida, por esses outros fundamentado (ULPIANO, 1995).

As passagens literárias nos instigam a ponderar acerca do que faz de alguém uma mulher, bem como do que é preciso articular nesse campo de designação para que ele se afirme. Em outras palavras, no encontro com a literatura, nos deparamos com aquilo que o texto agencia, que põe em relação conforme constrói seu argumento. Há uma conexão que emerge na aproximação entre os termos que faz mais do que amontoar um punhado de palavras, pois logra articular planos distintos que, por sua vez, podem trazer histórias e racionalidades também distintas. Ao apresentar Vitória, Magdá e Marina, o texto coloca para funcionar e para circular uma série de ideias sobre o que caracteriza uma mulher.

Veremos adiante que há um encadeamento complexo de práticas discursivas e não discursivas responsáveis por definir como entendemos o que é mulher. A literatura faz parte de um tecido no qual as mulheres, tais quais as concebemos, adquirem forma, posição e

sentido. Tecido esse que é composto também pelo cinema, a poesia, a medicina, a psicanálise, o direito, entre outros que participam da produção do sexo e do gênero não somente através da representação de figuras, mas também da definição mesma de mulher e de homem, de acordo com um regime sexual binário (BUTLER, 2017 [1990]; PRECIADO, 2017, 2018b).

Os planos articulados pela caracterização das mulheres personagens ligam o sexo feminino a comportamentos, aparências, anatomias e fisiologias específicas, buscando aproximação com certos discursos, enquanto se distanciam de outros. As regulamentações que permeiam as narrativas dão contorno para uma mulher que será somente inteligível por meio das relações que são traçadas. Assim, vamos entendendo que mulher não é um dado universal e natural. Esse é o ponto de partida inegociável para nos lançarmos à pesquisa.

Contamos com a possibilidade de que há quem proclame que Magdá, Vitória e Marina são meras personagens de fábulas tecidas à luz da fantasia, da imaginação e, portanto, muito apartadas da realidade. Sobretudo a realidade da qual uma tese de doutorado em saúde pública deve tratar. De forma respeitosa, contestamos: nada poderia estar mais equivocado. Ainda que consideremos as especificidades dos diferentes gêneros de escrita - entre as obras artísticas, as científicas, as filosóficas, as acadêmicas -, compreendemos, em conjunto com Michel Foucault (2000 [1972]), que toda escrita é necessariamente parcial, localizada e contextualizada.

O que a literatura nos oferece, por excelência, são visões de mundo. A literatura nos faz pensar. E com ela nos animamos a imaginar um problema de pesquisa que se ocupe da definição de mulher na área da saúde. Partimos de interrogações, tais como: que mulher está associada a qual saúde? Quais intervenções são destinadas a esse sujeito? Que prioridades são estabelecidas? Em vista disso, pressupomos que a produção de uma mulher para a saúde implica também que se constitua uma saúde para essa mulher. Trata-se de um co-imbricamento que nos propomos a analisar nessa tese.

Embora a produção do sexo e do gênero se realize por meio de múltiplas operações distribuídas largamente no cotidiano da vida, elegemos um ponto específico para observar com mais demora: as políticas públicas de saúde voltadas para mulheres. Com foco na experiência nacional, ainda que em diálogo com o cenário internacional, procuramos investigar como as políticas públicas de saúde da mulher designam o que é mulher, considerando o contexto histórico e político de suas formulações.

A construção do problema de pesquisa acima descrito se deu já ao longo do doutorado, mais precisamente na segunda metade do curso. A proposta inicial voltava-se para os lugares conferidos à alteridade na saúde e foi com ela que segui até o exame de qualificação. No

início do terceiro ano do doutorado, meses após ter qualificado o projeto de pesquisa, passei por uma mudança de orientação. O que, em um primeiro momento, foi deveras desconcertante, transformou-se em energia potencializadora que disparou a produção da pesquisa. Por meio da nova parceria, reformulamos o problema e, em vista disso, uma nova estruturação da pesquisa também foi delineada. A tese que se apresenta, é resultado desses deslocamentos e rearranjos tecidos a partir de meados de 2019. No entanto, cabe registrar que o encurtamento do tempo trouxe implicações tanto para o desenvolvimento de algumas discussões na tese, quanto para os planos de vivenciar o período sanduíche em outra instituição de ensino, pois esses não encontraram espaço no cronograma.

Por volta de um ano após o estabelecimento da nova parceria e do início do processo de produção de conhecimento do qual esse texto é um dos muitos resultados, algo se passou não só com essa pesquisadora, ou com sua orientadora, ou ainda com a instituição que as abriga. A pessoa que nos lê também participa desse episódio. Me refiro à instalação da pandemia de COVID-19 que, ainda nos idos de 2021, toma mais de mil vidas por dia no Brasil<sup>4</sup>. O que tem sido experimentar o doutorado, o envolvimento com a pesquisa e a produção da tese em meio às demandas de cuidado com familiares imposta por essa conjuntura, não me é possível descrever. Tampouco encontro palavras para elaborar o horror do deixar e do fazer morrer ao qual a maior parte das pessoas que habitam esse país foi lançada pelas diferentes instâncias governamentais. Por ora, basta enunciar que, assim como muitas mulheres, me vi envolvida em múltiplas jornadas de trabalho - algumas mal remuneradas e outras sem qualquer remuneração.

Foi no aprofundamento dos estudos sobre como o Outro emerge e circula na saúde pública que chegamos às mulheres. Considerar a produção da mulher como o outro enquadrado em uma dinâmica hierárquica e binária levou a ponderar acerca de como a mulher ou as mulheres são designadas nos domínios da saúde. No que concerne à saúde da mulher, todo o conteúdo apresentado a seguir foi pesquisado e contemplado pela autora pela primeira vez no âmbito do doutorado. Uma verdadeira experiência de imersão que envolveu aproximar-se de um tema desconhecido – as políticas de saúde da mulher - e apropriar-se dele de tal forma que fosse possível novamente exercitar distâncias para interrogá-lo. Aliás, isso está associado a um dos propósitos pessoais de lançar-se à pós-graduação: aprender coisas novas. Já podemos adiantar que tal objetivo foi alcançado a contento!

---

<sup>4</sup> No início de setembro de 2021, quando este texto foi revisado, o Brasil contava, ao todo, 584 mil mortes confirmadas por COVID-19.

Se por um lado o distanciamento desse tema traz dificuldades e desafios imensos, por outro lado, pudemos nos servir da falta de intimidade para aguçar a sensibilidade na pesquisa. Intimidade essa, vale assinalar, que era pouca no que diz respeito à história das políticas de saúde para mulheres e da relação entre essas e os movimentos sociais de mulheres e feministas. Em outro sentido - aquele que tem a ver com o fato de ser designada como mulher em um enquadre binário do regime da diferença sexual -, há intimidade de sobra, pois deriva de um acúmulo de pouco mais de trinta e cinco anos no corpo desta pesquisadora.

Construir meios de estranhar a mulher da saúde pública na Saúde Pública não é casual ou aleatório. Anos de formação como sanitarista somados a uma aposta na capacidade que o campo da Saúde Coletiva, incluindo nele a Saúde Pública, tem de abarcar a multiplicidade, conjugam-se no corpo dessa pesquisadora a fim de amparar essa aventura. Nesse sentido, o diálogo com a filosofia, a teoria queer, a antropologia, os estudos feministas, a história e, até mesmo a breve conversa com a literatura, compõe uma estratégia insistente de habitar a Saúde Coletiva acompanhada de outras sensibilidades.

Por fim, podemos dizer que a investigação ganhou vida para além do projeto apresentado no início do curso, nos convocando para o desbravamento de outros trajetos enquanto dispensava os rumos previamente desenhados. Tal empreendimento não se realiza só. A companhia de importantes aliados, sejam de carne e osso, de papel e tinta, de áudio e vídeo, ou de pêlos e bigodes, foi fundamental para acompanhar e interferir no processo de produção de conhecimento, nos dando condições de fabular, de estranhar e de imaginar outros mundos possíveis na viagem pelas veredas da saúde da mulher.

## **Introdução – alinhavando o campo de pesquisa**

As políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres no Brasil datam do início do século XX, marcando uma articulação entre saúde pública e corpo feminino no âmbito governamental. Ao longo desse período, a mulher enquanto sujeito das políticas públicas tem sido abordada, descrita e tratada no entrecruzamento de distintos conjuntos de agentes, teorias, campos disciplinares, intervenções e mecanismos de governo. Partindo do pressuposto de que tal diagrama, mais do que oferecer linhas contínuas e homogêneas, tem se caracterizado por constantes disputas em torno do que é mulher, trata-se de apreender o processo de co-implicação entre a formação da mulher enquanto sujeito e a própria constituição da diferença sexual.

O interesse da pesquisa que se apresenta reside, portanto, em compreender as contingências responsáveis por conferir possibilidade de existência para as políticas públicas de saúde da mulher, com destaque para os modos pelos quais esse sujeito – as mulheres - é pelas políticas conformado. Convidamos para uma jornada tateante e irrequieta onde a capacidade de estranhamento coloca-se como ferramenta vital para a experimentação do percurso que temos diante de nós. Sem promessas de portos seguros onde atracar ou mapas infalíveis aos quais se afiar, nos lançamos em caminhos que certamente nos ofertam mais perguntas que respostas.

E, por falar em perguntas, encontramos com algumas daquelas que dispararam inicialmente essa pesquisa. Interrogações tais quais: por que meios as políticas públicas de saúde designam quem é mulher? Como caracterizam a mulher? Em associação com quais agentes e setores o fazem? Que espécies de saberes são acionados e passam a compor essas definições? Que tipos específicos de mulher tornam possíveis certas proposições normativas? De que forma a caracterização do sujeito mulher das políticas determina as ações de saúde a ela destinadas? Quais figuras de mulher o Estado define, reconhece e legitima no domínio da saúde pública?

A série de questionamentos delineada nos conduz, em um primeiro momento, a um encontro com o campo das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil. Ao longo de toda a primeira metade do século passado até o início dos anos de 1980, o teor predominante nas políticas de saúde da mulher encontrava-se nas questões relativas à gravidez e à atenção ao recém-nascido, cuja operacionalização se organizava por um direcionamento verticalizado das

ações e por um isolamento em referência a outros temas em saúde – como saúde mental, envelhecimento, neoplasias, doenças crônicas e degenerativas, entre outros.

É a partir da década de 1980 que afloram na formulação de políticas de saúde outras narrativas sobre a mulher, vistas como mais ampliadas por se aproximarem de uma ideia de integralidade, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983 e, posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004. No entanto, esse arco formado pelas normativas não é linear, tampouco pacífico, uma vez que em paralelo a propostas reconhecidamente progressistas também emergiram outras cuja aposta residia na priorização do ciclo gravídico puerperal nas mulheres, como a Rede Cegonha (RC), em 2011.

Considerando as políticas públicas de saúde direcionadas às mulheres que foram lançadas nos anos 2000, ou seja, a PNAISM e a Rede Cegonha, temos um exemplo de casos muito distintos entre si. A PNAISM propõe apoiar a implementação de ações de saúde da mulher de acordo com as diretrizes da integralidade, equidade e universalidade contemplando prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde em todos os ciclos de vida. Por sua vez, a Rede Cegonha contém orientações para a conformação de uma rede de cuidados voltada ao pré-natal, parto e puerpério, sob a perspectiva da humanização da assistência à saúde da mulher e da criança. Notamos, com essa breve descrição, que as práticas de cuidado priorizadas e o olhar voltado para a mulher se diferenciam sobremaneira entre as duas políticas citadas.

A comparação entre ambas possibilita perguntar: qual agenda para qual mulher há em cada uma destas proposições? Podemos pensar que a mulher de uma política não coincide inteiramente com a mulher da outra, assim como também não se equiparariam suas necessidades de saúde. Ou seja, tem-se indícios de que entre a PNAISM e a RC não haveria homogeneidade. Diante de tais reflexões, nos é possível concluir que tanto a mulher, quanto sua saúde não se acham nas políticas como uma simples representação de algo evidente, uno e estável, mas sim como algo múltiplo e sempre em relação, pois está articulado a uma rede que lhe confere sustentabilidade.

Ainda que as políticas se estruturam em contextos e pressupostos distintos entre si, quer naquelas ditas restritas ou em outras conhecidas como ampliadas, entendemos que os discursos se formulam a partir de uma série de concepções acerca do que é mulher. Por exemplo, é por configurar a mulher como uma mãe em potencial que uma política direciona recursos privilegiando o período da gestação. Por outro lado, é por conceber a mulher como portadora de

direitos sexuais que se torna necessário endereçar ações que considerem sua sexualidade. Torna-se relevante considerar que a enunciação de questões por parte de uma normativa é somente uma dimensão a ser avaliada no modo como esta designa o sujeito alvo de suas propostas. Diante dos elementos que elenca, caberá ainda à política definir suas prioridades através da distribuição de recursos financeiros e do estabelecimento de metas e pactos.

Nosso interesse consiste em desnaturalizar esses discursos sobre a mulher nos conceitos que propõem e na forma como se apresentam, a fim de que possamos caracterizar a produção de um sujeito mulher na política pública de saúde. Apesar de diferentes, compreendemos esses discursos não como necessariamente excludentes entre si - pois a figura da mãe não se acha ausente dos programas ditos progressistas, por exemplo -, mas como vetores em movimento em uma arena de disputas na qual está em jogo definições de mulher. Sendo assim, queremos indagar: o que significa mulher no discurso das políticas públicas? Em quais termos esse sujeito ganha forma? A que outras categorias é relacionado?

Ao se interessar pelo modo como as políticas organizam essa multiplicidade que se convencionou caracterizar como mulher, a pesquisa não toma como natural nem a mulher, tampouco a política pública, procurando estabelecer os termos em jogo nessa relação. Nos deparamos com o desafio de estranhar categorias muito enraizadas na área da saúde, na forma como compreendemos o Estado e na nossa própria subjetividade. Trata-se de experimentar um modo de fazer pesquisa e de tornar-se pesquisadora na Saúde Coletiva capaz de acolher a interrogação daquilo que seriam algumas das certezas, obviedades e verdades que povoam o campo. Buscamos, então, a partir do problema de pesquisa, armar um território no qual distintos elementos entrem em relação, possibilitando o deslocamento de alguns termos e a interferência na estabilidade de categorias rígidas que, frequentemente, são tomadas como *a priori* na área de saúde - seja na produção de conhecimento acadêmico, seja na formação profissional, ou no cotidiano da assistência à saúde.

No que diz respeito às políticas públicas de saúde da mulher, privilegiamos em nossa análise a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), devido a condensarem em seus campos eixos que tem sido historicamente destacados no debate sobre a saúde da mulher no Brasil, quais sejam: a integralidade na atenção à saúde da mulher, por um lado; e a atenção a gestação e parto, por outro. Além de cada uma dessas propostas comportar um conjunto de perspectivas a respeito do que mulher significa, nos voltamos também para as lutas por direitos e suas especificidades

que se entrelaçam com as normativas, inclusive à medida que constituem um ponto de convergência com movimentos sociais.

O contexto histórico e político que envolve cada uma das políticas elegidas indica a complexidade das disputas de sentido na área da saúde relacionando agentes governamentais, movimentos sociais, representantes da Academia e dos serviços de saúde. Percorrer algumas dessas linhas que conformam as contingências nas quais as normativas ganham vida também integra nossa jornada de pesquisa, pois na experiência brasileira a área de saúde da mulher destaca-se como um caso exemplar ao salientar a complexidade do processo de saúde e doença, ao fazer a crítica ao biologicismo e ao integrar a participação popular, sobretudo quando consideramos o entrelaçamento entre movimentos de mulheres e proposições políticas neste campo.

O texto normativo oficial coloca-se somente como um elemento de toda a mobilização - de eventos, atores, instituições - que deu condições tanto para a sua própria formulação como para a emergência de uma ideia de mulher na saúde. Ele não localiza em si o centro difusor dos discursos sobre a mulher. Em nosso diagrama, as políticas de saúde são dispostas tal qual um arco que nos permite analisar o movimento das relações de poder em jogo. Nesse sentido, as políticas são vistas como parte de um arranjo mais vasto e, também, como mais uma plataforma de produção de verdade sobre o sexo e o gênero. Portanto, entendemos que entrar em contato com o percurso histórico das políticas de saúde da mulher no Brasil possibilita a consideração das políticas no seu potencial de produtoras de realidades tanto naquilo que trazem em seus planos, quanto dos processos nos quais se inserem.

Se as normativas de saúde analisadas compõem um quadro histórico, social e político que as extrapola, nos cabe entrar em contato com essa conjuntura, realizando o mapeamento do arranjo heterogêneo de instituições, atores, recursos, documentos, eventos e saberes que se relacionam e se articulam, em escala internacional, nacional e local, de forma a dar condição de existência para cada uma delas. Uma vez que tomamos as políticas públicas como produtoras de relações e de sujeitos, torna-se necessário avançar a investigação sobre essa complexa teia que as envolve e as atravessa.

As políticas de saúde da mulher dos anos 2000 evidenciam, assim, as principais tendências em atuação no que se refere aos sentidos de mulher no âmbito da saúde pública e quais caminhos estes têm percorrido a fim de se estabelecerem como critérios de verdade na área, sob a chancela do Estado. Ou seja, operar com ambas as políticas – PNAISM e RC - nos



permite focar, sobretudo, em como vem se discutindo o que é mulher na saúde no Brasil dos anos 2000.

Em vista disso, nossos objetivos consistem em: descrever e analisar as políticas públicas de saúde voltadas às mulheres nos anos 2000, seus princípios e os contextos sócio-históricos específicos onde se inscrevem; e identificar e compreender os modos como a mulher é caracterizada nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil nos anos 2000.

De acordo com Jamilli Santos e Carmen Teixeira (2016), a publicação de estudos acerca de políticas públicas de saúde tem aumentado nas últimas décadas, tendência que é acompanhada pela multiplicação de grupos de pesquisa nessa área. O levantamento amplo abarcando as produções entre 1988 e 2014, realizado pelas autoras, demonstra que desde meados da década de 1990, nota-se uma queda de análises macropolíticas e um crescimento significativo de pesquisas que tratam de políticas referentes à chamada atenção especializada e temática. A presença significativa de estudos de avaliação de políticas em saúde é apontada, com destaque para aqueles que se debruçam sobre a avaliação dos efeitos de políticas específicas. As pesquisas concernentes às políticas de atenção à saúde da mulher encontram-se, no levantamento apresentado, no universo de estudos acerca de ações programáticas e estratégicas. Nesse quadro, os textos que pautam a saúde da mulher são predominantes, seguidos de estudos a respeito de saúde da criança e aleitamento materno (SANTOS, TEIXEIRA, 2016).

A produção acadêmica sobre as políticas de saúde da mulher no Brasil é vasta e trata deste tema sob uma variedade de perspectivas que incluem: avaliação de políticas e programas no âmbito local; participação social na formulação das políticas; relação entre organismos internacionais e agenda política nacional; gênero e saúde; entre outras<sup>5</sup>. Também a metodologia e o referencial teórico aplicados são múltiplos, indicando que este é um tema de interesse para as muitas subáreas da Saúde Coletiva, assim como para os campos disciplinares que dela se avizinham.

Estudos que se aproximam da temática da definição de mulher nas políticas de saúde dos anos 2000 abordam essa questão em articulação com outras, notadamente a mobilização de movimentos feministas (CARVALHO, 2017; CRUZ, 2015; GONZALEZ, 2019; MEDEIROS, 2008; KORNIEZUK, 2015; PIMENTEL, 2014; RAMOS, 2008). Ao realizar o percurso de tal forma, as pesquisas citadas indicam que falar sobre a atuação do movimento

---

<sup>5</sup> Conferir: CAMARGO, 2018; CARVALHO, 2017; CASTRO, 2012; CRUZ, 2015; GONZALEZ, 2019; KORNIEZUK, 2015; MEDEIROS, 2008; MESQUITA, 2010; PIMENTEL, 2014; RAMOS, 2008; SILVA, 2015.

feminista nas políticas de saúde implica discutir também a mulher enquanto um constructo e, em especial, um constructo em disputa.

Outro elemento que pode ser observado com regularidade nas publicações acadêmicas e científicas sobre saúde da mulher analisadas é a perspectiva linear com a qual se aborda tanto as políticas públicas, quanto os movimentos sociais de mulheres e feministas. Referimo-nos à concepção de que os acontecimentos se dão em um eixo único e unidirecional que pressupõe um encadeamento evolutivo. Desse modo, é frequente encontrar referências a noções como ‘O’ feminismo, ‘A’ saúde pública, ‘As’ políticas governamentais e assim sucessivamente. A confecção de sujeitos e objetos unívocos e bem delimitados favorece o apagamento das inconsistências, dos giros e das mutações daquilo que, ao se convencionar chamar pelo mesmo nome, tomou-se por contínuo.

Construindo o caminho da investigação sobre o que é mulher na política pública de saúde, afirmamos em associação com Avtar Brah (2006, p. 341, grifo da autora) que as vidas reais das mulheres adquirem forma através de articulações complexas entre as variadas condições sociais presentes, concluindo, portanto, que “*mulher* não é uma categoria unitária”. Isto é, a multiplicidade das existências que se organizam e são organizadas sob o signo de mulher são irredutíveis a este denominador, pois estão atravessadas por uma variedade de relações de poder que demarcam e hierarquizam outras condições além do sexo e do gênero. Uma série de outras categorias de diferenciação acompanha a segmentação de sexo e de gênero e estruturam os sujeitos, de modo que tais articulações ultrapassam uma simples somatória ou superposição de elementos e vão fazer referência a configurações relacionais.

Ainda no mesmo artigo, a socióloga (BRAH, 2006, p. 359, grifo da autora) aponta que ao se tomar a diferença como categoria analítica relevante aos estudos em saúde é importante proceder de forma a tornar visíveis algumas questões, tais quais: “como a diferença designa o *outro*? Quem define a diferença? Quais as normas presumidas a partir das quais um grupo é marcado como diferente?”. Isto tendo em vista que não se trata de observar a diferença *per se* - como em uma abordagem essencialista, por exemplo -, mas de compreender as condições de seu surgimento e o que ela se esforça por definir. Tais interpelações inspiraram a arquitetura dessa pesquisa, permitindo que a todo tempo pudéssemos atentar para os enunciados em torno da mulher, sem nos satisfazer com definições determinísticas.

Como algo construído histórica e politicamente, o termo “mulher” assume caráter identitário compondo uma racionalidade na qual o modelo binário de sexo (feminino-masculino) aponta na direção de uma “universalidade indistinta e conseqüentemente

presumida” das mulheres (BUTLER, 2017 [1990], p. 22). Falar em construção de uma categoria que se encontra tão naturalizada em nosso cotidiano, como é o caso de “mulher”, não é remeter a uma suposta falsidade – como se as experiências de pessoas que são designadas mulheres não fossem reais -, mas sim evidenciar a operação através da qual uma multiplicidade assume os contornos de um elemento que se pretende coerente em si mesmo. Sendo assim, entendemos que é na confluência constituída pelo problema dessa pesquisa que se forma um território rico para pensar como se coloca a temática da diferença sexual na saúde no que concerne à definição de um sujeito específico: a mulher ou as mulheres.

Apostamos no pressuposto de que as políticas portam visões sobre a mulher e sua saúde ao mesmo tempo em que designam marcadores de diferença, constituindo regularidades e rupturas em seu discurso. Pode-se pensar que as políticas vêm de certa forma responder à demanda de se incluir as mulheres e o que elas reivindicam no âmbito da saúde, ou seja, que se propõem a visibilizar as diferenças. Todavia, em diálogo com nossos interlocutores teóricos, tentaremos evidenciar a capacidade que tais ferramentas tecnológicas de governo têm em também operar, elas mesmas, definições. Para Judith Butler (2017 [1990], p. 24), o trabalho consiste em investigar as categorias identitárias que estruturas jurídicas de linguagem e de política “engendram, naturalizam e imobilizam” ao mesmo tempo em que nos localizamos também inseridas nessa dinâmica, pois não há um fora completo e absoluto do que a autora chama de política representacional.

Nesses termos, nossa pesquisa se afasta de uma promessa de consenso ou síntese em torno da defesa de um conceito “verdadeiro” de mulher para se aproximar de um fazer inspirado na genealogia que se interessa em mapear as forças que dão condição de possibilidade da existência de determinadas mulheres para a saúde pública. Afinal, como narram Marcia Moraes e Ronald Arendt (2013, p. 314), “conhecer não é questão de representar o real, mas envolve engajar-se, manejar e interferir nas práticas, ali no ponto onde formam realidades”.

A fim de proceder ao mapeamento que nos propomos, um conjunto de ferramentas, conceitos e teorias se fez necessário, deixando ver os interlocutores do pensamento que se tornaram companhias de viagem. Os procedimentos metodológicos responsáveis por viabilizar a investigação foram constituídos sob inspiração na perspectiva antropológica de estudos de documentos e na análise genealógica da história. No que concerne às alianças teóricas, nos aproximamos de uma variedade de obras de modo a tornar possível a tessitura de perguntas, reflexões e ensaiar diferentes pontos de vista. Ainda assim, há uma linha

permeando o trabalho como um todo, cujo cerne reside na emergência e no funcionamento de um regime da diferença sexual. Nas seções porvir nos debruçaremos com mais demora acerca dessas referências e dos usos que fazemos delas.

Com tais alinhamentos, apostamos que esse estudo pode contribuir para o fortalecimento de uma abordagem crítica acerca do sexo e do gênero, sobretudo para a saúde pública, cuja trajetória histórica demonstra privilegiamento de uma concepção biologicista e indistinta de ambos os termos (VILLELA, MONTEIRO, VARGAS, 2009). A produção científica brasileira que se ocupa de abordar gênero e saúde tem lançado mão, preferencialmente, de interpretações naturalizadas e essencialistas das diferenças entre mulheres e homens, e vêm acompanhadas por uma concepção de neutralidade da ciência (AQUINO, 2006; ARAÚJO *et. al.*, 2011). Diante disso, a recolocação de alguns problemas por meio da desnaturalização de conceitos, lógicas e dispositivos dados como *a priori* na Saúde Coletiva pode favorecer o deslocamento de olhares, multiplicando possibilidades de aproximação da temática.

Outro potencial da pesquisa pode advir do lugar dado às políticas públicas no desenvolvimento do estudo, uma vez que afirmamos – em conjunto com nossos referenciais teóricos – sua dimensão produtiva e não meramente representativa. As políticas como integrantes do universo das regulamentações e normas, atuam desempenhando uma função menos de representar figuras e relações já existentes na sociedade e mais de colaborar como agentes ativos na produção dessas mesmas figuras e relações.

No campo da saúde, o investimento em uma perspectiva analítica que invoque a ação das políticas enquanto produtoras ativas daquilo que tratam seus textos pode oferecer um contraponto às perspectivas que tradicionalmente vêm considerando as políticas como premissas fundamentais e que, portanto, deixam escapar os sujeitos e objetos que estão ali sendo elaborados. E, nesse sentido, ao tematizar a experiência brasileira, essa investigação tem a oportunidade de colaborar também para uma maior compreensão da articulação entre movimentos sociais e estruturas estatais, uma vez que o processo de formulação das políticas elegidas deu-se por meio de uma composição indissociável entre essas instâncias.

E, por fim, se o que se chama por mulher diz respeito a uma multiplicidade, manter isso visível na produção de conhecimento científico na saúde pode favorecer o desenvolvimento de práticas de cuidado mais singulares. Trata-se de uma oportunidade de historicizar e problematizar a produção de políticas públicas, de conhecimento científico e as demarcações de mulher.

Na próxima seção explicitaremos o arcabouço teórico que conforma e sustenta a perspectiva de análise e detalharemos os procedimentos metodológicos utilizados, colocando em relevo perspectivas centrais a fim de organizar a investigação de nosso problema. O mergulho nas políticas de saúde dos anos 2000 requer que tracemos um sobrevôo pelo quadro normativo das décadas anteriores, abordado no capítulo três. Longe de um percurso exaustivo, essa breve passagem pretende nos acercar do campo designado por saúde da mulher no cenário brasileiro para além do período privilegiado em nosso recorte. As partes dois e três se debruçam sobre a análise de cada uma das normativas. Em um primeiro momento nos ocupamos da PNAISM e, a seguir, da Rede Cegonha, empreendendo o estudo de seus textos e do contexto político e histórico de ambas. Após isso, na parte quatro, discutimos questões chaves identificadas ao longo da análise das políticas, onde teremos a oportunidade de aprofundar em alguns temas, articular relações e movimentar diferentes abordagens. Por fim, após essa jornada, nos aventuramos no delineamento de algumas considerações finais, cujo intuito jamais poderia ser o de inserir um ponto final, visto que procuramos abrir e ampliar as interlocuções nesse debate.

## Capítulo 1 – Interloquções teóricas

### 1.1. Políticas públicas e Estado – a dimensão produtiva das práticas de governo

A qualquer pesquisa que se proponha estudar políticas públicas de saúde cabe colocar uma primeira questão, logo de partida, que consiste em: o que é uma política pública? Considerando que o problema eleito para nossa investigação requer não tomar como natural o conceito de mulher, entendemos que tal procedimento também se faz pertinente em relação às políticas públicas, uma vez que estas compõem o tecido do *corpus* a ser analisado. Sendo assim, afirmar uma perspectiva acerca de políticas públicas é tão necessário quanto urgente na medida em que será um elemento chave na forma como nos encontraremos com as políticas de saúde da mulher.

Um exercício de estranhamento em relação às políticas públicas exige que experimentemos deslocamentos no próprio campo onde habitamos. Nossa interlocução com a antropologia, a genealogia e a história é traçada desde a Saúde Coletiva, um território marcado pela intensa presença das políticas públicas e do Estado, a contar de sua emergência. Por esse ponto de vista pode parecer impertinente colocar em análise justamente aquilo que confere consistência e, de certo modo, sentido ao campo da Saúde Coletiva. Contudo, é precisamente pelo lugar que as políticas públicas ocupam nesse campo e o que tem sido articulado a partir dali que se torna necessário fazer perguntas.

As políticas públicas frequentemente são compreendidas através de uma abordagem que coloca em evidência seu caráter instrumental, na medida em que se prioriza o estudo linear de seu ciclo formal de desenvolvimento – elaboração, implementação, monitoramento e avaliação – em detrimento de uma análise histórica que contemple elementos políticos e sociais que as compõem (CASTRO, 2012). Nesse enquadramento, as políticas públicas são vistas como respostas do Estado a demandas da sociedade e os resultados das investigações conduzem rapidamente a uma análise de eficácia, efetividade e de nível de implantação (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008). Os pressupostos de que as políticas são instrumentais e de que Estado e sociedade são entes integralmente distinguíveis, onde o primeiro apenas executa o que o segundo requisita, podem contribuir para estudos de cunho tecnicista ao invisibilizar a profícua interação de interesses, linguagens e atores que circunda a produção de normativas (BANDEIRA, ALMEIDA, 2013).

Para a médica, etnógrafa e filósofa holandesa Annemarie Mol (2006), os avanços tecnológicos e o crescimento da indústria farmacêutica fizeram com que, entre as décadas de 1950 e 1960, se desenvolvesse um tipo muito específico de investigação e produção de conhecimento em saúde: pesquisas clínicas voltadas para o estabelecimento de eficácia. O que viria a se tornar o padrão ouro da pesquisa científica em saúde, os testes clínicos, têm como objetivo identificar se uma determinada prática tem ou não eficácia para manejar um determinado problema. A pesquisadora ainda adverte que, além de se tornar o modelo dominante de investigação em saúde, as pesquisas clínicas tornaram-se também o modelo científico ideal na área (MOL, 2006). Isso significa que o modelo baseado no estabelecimento de eficácia permeia a produção de conhecimento e também o planejamento e a avaliação de práticas em saúde.

Em estudos acerca de políticas públicas de saúde, a preocupação em mensurar eficácia e efetividade também se impõe e, embora sejam dimensões relevantes e pertinentes de se considerar quando avaliamos políticas, torna-se igualmente necessário explorar outras relações (CASTRO, 2012; BANDEIRA, ALMEIDA, 2013). Para Annemarie Mol (2006), comprovar eficácia ou convencer pessoas acerca da qualidade e confiabilidade de um tratamento já existente não deveria constituir o propósito de todas as pesquisas na área da saúde. Ao reivindicar a produção de conhecimento científico na área da saúde com vistas ao aprimoramento das práticas de cuidado, a pesquisadora opera um deslocamento que coloca as intervenções, suas condições de emergência, seus fundamentos, mecanismos e efeitos – mais do que a qualidade de uma determinada técnica – no centro das reflexões.

Sendo um assunto tão caro à Saúde Pública e Coletiva, as políticas públicas também são tematizadas - especialmente no viés da produção documental – nas disciplinas de História, Sociologia, Ciência Política e, mais recentemente, na Antropologia (LOWENKRON; FERREIRA, 2014; VIANNA, 2014). De acordo com Antônio Souza Lima e João Castro (2008), a política pública vem sendo debatida no campo da Ciência Política tradicionalmente vinculada a um modelo que parte da cesura entre os conceitos de *politics* e *policy*. Os autores definem o primeiro conceito como aquilo que diz respeito à atividade do governo, à ciência de governar, sendo relacionado principalmente com a entidade do Estado-nação. *Policy*, por outro lado, corresponde à forma como o Estado se operacionaliza, ou seja, um programa de diretrizes imbuído de metas com finalidade de nortear práticas. Sob esse paradigma, *politics* e *policy* se conformam em uma relação de oposição entre si ao separar o exercício da política

do exercício da administração, cujo efeito imediato reside na concepção de uma administração pública imparcial, objetiva e apolítica (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008).

Tal acepção racionalista e instrumental do Estado desenha um cenário no qual à autoridade governamental caberia apenas identificar um problema na sociedade e formular uma resposta objetiva, “o que consiste em dizer que a implementação da política equivaleria à sua formulação” (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008, p. 358). Desse modo, podemos observar que *policy* tem seu teor histórico, político e contingencial mascarado na apreensão clássica da Ciência Política, o que impõe obstáculos para a compreensão das políticas públicas também como produtoras de problemas e de demandas, para além de meras ferramentas administrativas.

Tampouco tem lugar nesse quadro a multiplicidade das pessoas habitantes de um determinado território e as distintas relações tecidas em direção ao Estado, uma vez que a coletividade é vista aí como o somatório de indivíduos cujas demandas são comuns e autoexplicativas. Vista como uma entidade totalmente distinta e separada do Estado, a sociedade, em termos de participação no governo, seria capaz somente de realizar petições e de ser integrada em mecanismos de controle social. Por meio dessa lógica, o que é nomeado como problema já está dado e evidente em si mesmo, bastando apenas que a autoridade pública observe, reconheça e aponte soluções - as quais também não seriam políticas, mas sim administrativas, pois parte de um rol de opções previamente definido.

Diante disso, investigar as políticas responderia a uma preocupação com a eficácia da normativa na busca de avaliar a qualidade das escolhas adotadas institucionalmente, não necessariamente colocando em análise o quadro de intelegibilidade que sustenta a disposição na qual os próprios termos das políticas se encontram. Na Saúde Pública, é evidente a força e a propagação dessa abordagem na produção de conhecimento científico e acadêmico acerca de políticas públicas.

Trabalhar com a oposição entre *politics* e *policy* entra em choque com nossos objetivos, já que compreendemos que há política nas políticas. Tal afirmação interessa ao nosso percurso, pois interfere nas possibilidades de nos movimentar no campo da pesquisa ao vislumbrar os discursos dos textos oficiais não somente como mero veículo a representar os fatos, mas também, em diálogo com Michel Foucault (1996 [1971]), como práticas que forjam os objetos dos quais falam. É nessa chave que o discurso deixa de ser uma plataforma exclusiva de representação para se tornar o próprio alvo das disputas, posto que na construção e consolidação de um determinado discurso, o exercício de suprimir, segmentar e articular torna-se um procedimento fundamental para conferir-lhe um lugar de verdade.



Além de se estabelecer como um marco teórico na forma como se vai estudar as políticas públicas, a abordagem tradicional também oferece ferramentas para mapear arranjos institucionais que constituem um “modo de ser das administrações públicas” (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008, p. 360). A capacidade de ação do Estado corresponde, nessa perspectiva, à sua habilidade de fornecer respostas às demandas sociais, de forma que a fim de executar uma política pública torna-se necessário requisitar um tipo específico de saber e também de profissionais. Sendo assim, a tomada de decisão que integra a elaboração e a implementação de medidas envolve a participação de especialistas que ao traduzir o problema em questão para a gramática da racionalidade estatal, o farão a partir de termos econômicos (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008). Na medida em que se constitui como neutra e apolítica tal perspectiva de análise somente poderá contar a história linear do progresso das políticas governamentais somada, em alguns casos, a uma análise de eficácia. Nesse caso, o que teríamos seria uma descrição da sucessão de políticas públicas de saúde da mulher.

Um dos efeitos do uso dessa abordagem pode ser visto na ausência de referenciais teóricos na produção de pesquisas sobre políticas públicas devido a um entendimento de que estas falam por si mesmas (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008). É diante de tal quadro que os mesmos autores convidam sua disciplina de origem – a antropologia – a realizar “certos movimentos analíticos, a um tempo metodológicos e teóricos” no encontro com a política pública como objeto de estudos acadêmicos (SOUZA LIMA, CASTRO, 2008, p. 35). Com o intuito de tecer um olhar capaz de estranhar e problematizar processos, fluxos, ordenamentos e mecanismos que integram o cotidiano das instituições estatais, a antropologia é convidada a se relacionar com um conjunto de problemas que se situa no centro da organização de nossa própria sociedade.

Diante disso, uma estratégia possível para tentar escapar da armadilha da busca pela verdade é tomar o discurso da política pública como um acontecimento de modo a tornar visíveis as relações de poder, ou seja, tomá-lo como uma singularidade em si mesmo. De acordo com Adriana Vianna (2014), mais do que ponderar sobre a veracidade e a confiabilidade de um conteúdo, estudar documentos consiste em uma oportunidade valiosa de analisar também o próprio ato de documentar. A articulação com a antropologia ensina que partir das políticas é partir daquilo que ganhou uma aparência fixada, ou seja, daquilo que pôde se materializar em um documento oficial, sem perder de vista que “mesmo a busca pelo caminho aparentemente mais seguro leva muito mais à identificação de uma complexa malha de regulações e de idealizações do que a uma pauta precisa de dados a serem facilmente

obtidos” (VIANNA, LACERDA, 2004, p. 10). Os discursos das políticas públicas ganham, assim, caráter de produtores ativos no que diz respeito àquilo que postulam, com destaque à sua capacidade de gestar e de gerir espaços, objetos e pessoas (VIANNA, 2014).

Considerando as múltiplas formas de abordagens possíveis em uma pesquisa acadêmica com documentos, o que Laura Lowenkron e Leticia Ferreira (2014) destacam é que ao lado de um entendimento de que o documento simboliza uma burocracia na qual nunca se aproxima a teoria da prática, coloca-se uma perspectiva em cujo cerne reside a visão de que é no próprio ato de documentar que se produz uma das mais relevantes tecnologias de governo. Trata-se de considerar os documentos para além de sua dimensão instrumental e meramente representativa. Ou seja, no suposto “tédio e pobreza simbólica” guardados por um documento oficial, reside um artefato que agrupa, hierarquiza, segmenta e diferencia termos e sujeitos (LOWENKRON, FERREIRA, 2014).

Na perspectiva que adotamos, as políticas públicas integram uma série de artefatos que constituem o processo de formação do Estado, atuando como peças-chave para a existência não só do Estado, mas também daqueles que serão designados como sua população (AGUIÃO, 2018). Em outras palavras, as políticas públicas operam como uma das ferramentas pelas quais o Estado produz a si mesmo, ao mesmo tempo em que produz os sujeitos que governa. Ao forjar sujeitos e formas de assujeitamento no processo de formação do Estado, as políticas também participam, assim, da produção de saberes, subjetividades, relações. Para Leticia Ferreira (2013, p.41), os documentos oficiais “ocupam lugar central nos regimes de autoridade, autenticação e produção de verdades vigentes nos Estados modernos”, fazendo mais do que ditam os ideais de objetividade e impessoalidade que supostamente fundam a rotina burocrática. Portanto, compreendemos que as políticas públicas transformam, traduzem, deslocam, articulam e moldam os elementos que alegadamente apenas representariam.

A medida que localizamos teoricamente as políticas públicas e desnaturalizamos suas relações com o Estado, torna-se premente elucidar por quais vias compreendemos o que é o Estado. Afirmamos, de acordo com Michel Foucault (2008a [1979]), a historicidade do Estado, contra qualquer ideal de naturalidade e universalidade de sua forma, origem e exercício. Em constante criação e recriação, a emergência do Estado moderno é inerente ao desenvolvimento de uma razão de Estado, para a qual a estruturação de um caráter de imparcialidade, técnica, estabilidade, linearidade e objetividade é central. Por meio dessa perspectiva, o governo não se constituiu meramente como uma prática de uso restrito ao

Estado, uma vez que seria o próprio Estado uma formação cujo sentido reside, sobretudo, em viabilizar um quinhão das artes de governar.

Comumente evocados como sinônimos em diversas teorias, Estado e governo ganham dimensões diferentes, ainda que correlatas e imbricadas, a partir da obra de Michel Foucault (2008a [1979]). As artes de governar representam, em relação ao Estado mais do que uma equivalência, pois foi nele que elas encontraram uma base para que um tipo específico de racionalidade – a razão de Estado - organizasse a maneira de exercer o governo. Para o filósofo, o governo é aquilo que se exerce por meio de práticas de disciplinarização, normalização e controle de indivíduos e de populações, sendo que, ao mesmo tempo são esses, – os indivíduos e as populações - seu objetivo e instrumento (FOUCAULT, 2008b [1978]).

Acerca do modo como o Estado moderno se alicerça, Michel Foucault (1988 [1976]) argumenta que o interesse por uma condução dos modos de vida torna-se prioridade, a partir do século XIX, fazendo com que o Estado seja simultaneamente individualizante e totalizante. Isto é, o Estado trabalha tanto sobre o indivíduo enquanto corpo a ser domesticado e ajustado, quanto sobre a espécie, a partir do fenômeno da população. Respectivamente, trata-se de: disciplinar e regular. Precisamente por essa contingência é que o Estado está sempre a se fazer, pois mais do que algo consumado e efetivado, o Estado apresenta-se como aquilo que demanda permanente investimento de confecção. Se algum problema no âmbito do Estado é constatado, a resposta estaria em expandir e fortalecer o Estado, uma vez que o Estado é “ao mesmo tempo o que existe e o que ainda não existe suficientemente” (FOUCAULT, 2008a [1979], p. 6).

Contudo, o Estado não é soberano, nem monolítico ou coeso, pois não é tomado como uma entidade substancializada e unívoca. Ainda que a institucionalidade, as rotinas e os procedimentos do aparato estatal sejam fundamentais para sua contínua fabricação e manutenção, o Estado não pode ser reduzido às suas instituições. Em nosso caso, embora não haja um fora do Estado de onde se possa enunciar, afirmamos a ilegitimidade do uso do critério da presença do Estado como determinante do grau de desenvolvimento, complexidade ou evolução de um povo. Reconhecemos, nessa pesquisa, que há uma diversidade de formas de organizar a vida, de estar no mundo e de fazer mundo que não se equivalem entre si.

Outra paragem no sobrevôo acerca do Estado se faz necessária. Importa nomear algumas das especificidades em se abordar o Estado no caso de um país da periferia do capitalismo, de profunda herança colonialista. Marlise Matos e Isabella Lins (2018) argumentam que o Estado se organiza e é organizado sistematicamente a fim de manter e efetivar uma ordem colonial que vem sendo um traço constitutivo não apenas do Estado, mas

também da democracia no Brasil. Nesse sentido, o Estado atua contribuindo para a subalternização de pessoas, produzindo e reproduzindo hierarquias de raça, classe, sexo, região, entre outras. A colonialidade é assim compreendida como uma relação que extrapola a dinâmica metrópole-colônia dos séculos XVI, XVII, XVIII e XIX no Brasil, uma vez que diz respeito à imposição de concepções de conhecimento e de produção de subjetividades que classificam, ordenam, hierarquizam e segmentam tanto indivíduos, quanto populações e países.

A imposição de modelos pode ser vista logo na propagação do formato do Estado como um marcador de progresso civilizatório ao redor do mundo. O Estado como cidadão global, parte integrante de uma ordem internacional, é uma construção que somente foi possível por meio do colonialismo, da expansão e transformação do capitalismo e da instalação do racismo (CURIEL, 2013). De acordo com Ochy Curiel (2015), a doutrina neoliberal desempenhou papel fundamental na disseminação de um modelo de Estado ao percorrer com apetite voraz as terras latino-americanas, pretendendo que as sociedades periféricas fossem transformadas em “clones racionais” do ocidente. Considerando que o Ocidente, o Norte Global, a Europa e, em seguida, os Estados Unidos da América “seriam os exemplos civilizatórios a seguir como matrizes emancipatórias”<sup>6</sup> (CURIEL, 2015, p. 21), outros arranjos e formatos locais de organizar a vida coletivamente foram deslegitimados e obscurecidos mediante esse outro desdobramento da frente colonizadora.

Por conseguinte, nossa aproximação do Estado no que concerne às políticas públicas de saúde da mulher leva em conta as contingências de uma formação que não é natural ou soberana, e também não é inteiramente análoga às suas matrizes de referência. O fazer-se do Estado implica, sob essas circunstâncias, sustentar práticas necessariamente hierarquizantes e segregadoras, ainda que distribuídas de forma irregular e em níveis variados pelo tecido social. Lidar com o aspecto colonialista que compõe intrinsecamente o Estado na experiência brasileira faz diferença à nossa pesquisa, pois traz à cena elementos, dinâmicas e relações que incidem diretamente sobre a conformação de políticas públicas e da interação entre sociedade e Estado.

Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017) assinalam a importância de desnaturalizar o Estado em estudos que tratam sobre gênero, cuidando para que nenhum dos dois termos reste intocado em um plano essencializado. As pesquisadoras afirmam a co-produção contínua entre gênero e Estado ao compreender que não se faz Estado sem se fazer gênero – e vice-versa -, de modo que os processos de enquadramento que qualificam e definem os sujeitos e a população, também se projetam sobre o Estado. Mais adiante nos debruçaremos

---

<sup>6</sup> Tradução livre de: “serían los ejemplos civilizatorios a seguir como matrices emancipatorias”.

com maior delonga sobre o conceito de gênero, demarcando o campo onde transitamos a fim de delinear nossa investigação. Do mesmo modo cabe registrar que o olhar sobre Estado e governo tampouco se encerra nessa seção. Conforme o próprio movimento da pesquisa tornar necessário, nos encontraremos novamente com essa discussão.

É levando em conta essas considerações que ponderamos sobre o que significa o “público” como qualidade da “política”. Para Antônio Souza Lima e João Castro (2008), o termo público evoca diversos pressupostos em sua maioria conectados a noções como: equidade social, coletividade e fins sociais. Em conjunto com essas noções, público associa-se também com a ideia de Estado e, principalmente, com o Estado Democrático de Direito, como se tudo aquilo que emanasse do aparelho estatal gozasse imediatamente do *status* de público, de bem comum (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006). Entendemos que o indiscernimento entre os termos citados pode colaborar para a invisibilidade da complexa trama das forças em jogo na feitura de uma política pública, podendo ocultar, por exemplo, a multiplicidade dos interesses presentes na sociedade e o papel das políticas como ferramenta de governo da vida. Sendo assim, entendemos que ao falar em políticas públicas, estamos tratando, em primeiro lugar, de políticas governamentais.

Ao refletir sobre manifestações políticas nas ruas, Judith Butler (2019) propõe uma discussão sobre o sentido de público e de político partindo da ideia de que tanto um termo quanto o outro são dinâmicos e historicamente constituídos por aquilo que incluem, mas também por tudo o que se esforçam por excluir e invisibilizar. Uma vez que, para a filósofa, o público e o político não se acham determinados, eles estão sempre em disputa notadamente por movimentos sociais que se expõem e reivindicam transformações no que está dado:

Nesse momento, a política não se define por tomar lugar exclusivamente na esfera pública, distinta da esfera privada, mas atravessa essas linhas repetidas vezes, chamando atenção para a maneira como a política já está nas casas, nas ruas, na vizinhança ou, de fato, nos espaços virtuais que estão igualmente livres da arquitetura da casa e da praça (BUTLER, 2019, p. 52).

O borramento entre o público e o privado operado pela política faz ver que não se trata somente de reconhecer um grupo ou um direito a partir de uma plataforma já pré-configurada de Estado, por exemplo, mas também de problematizar o próprio Estado e seu modo de operar. A questão que se coloca não se limita à inclusão ou não de um certo grupo naquilo que se autoidentifica como campo político, pois por meio dessa perspectiva de análise pode-se investigar a quais arranjos específicos de política um certo grupo está sujeito, ainda que não se encontre formalmente sob a proteção do Estado. Estar alheio do que é considerado como

uma estrutura reconhecidamente estabelecida de política é “ainda estar saturado nas relações de poder, e essa saturação é o ponto de partida para uma teoria do político que inclui formas dominantes e subjugadas, modos de inclusão e de legitimação, bem como modos de deslegitimação e de supressão” (BUTLER, 2019, p. 57).

Caminhamos por um trajeto que assume que política não é exterioridade, ou seja, não é algo que se liga e desliga ou um território de fronteiras muito bem definidas do qual se entra e se sai. Portanto, ao contrário de compreender essa dinâmica como a passagem de uma condição apolítica para uma condição política, o que a reflexão levantada pela autora institui é a presença de um regime de regulação daquilo que tem condição de possibilidade de tornar-se visível e dizível. É esse regime o responsável por dar forma ao que se chama de “esfera pública” em um processo conduzido através de “exclusões constitutivas e formas compulsórias de negação” (BUTLER, 2019, p. 58), a partir do qual alguns grupos tem seu modo de vida legitimado e reconhecido, enquanto outros são lançados à infracidania, encontrando-se destituídos de direitos. Esse movimento também acaba por definir os limites do político de acordo com a narrativa dominante, como no caso da desigualdade de gêneros: “se existe um corpo na esfera pública, presume-se que seja masculino e que não esteja apoiado em nada, sendo, presumivelmente, livre para criar, mas sem ter sido criado. E o corpo na esfera privada é feminino, envelhecido, estrangeiro ou infantil, e sempre pré-político” (BUTLER, 2019, p. 54).

Por ora, basta-nos essa breve reflexão para que possamos nos localizar no debate sobre política, sobre público e sobre a relação entre os dois, compreendendo em primeiro lugar que estamos tratando de conceitos polissêmicos, capazes de serem abordados desde diferentes perspectivas e disciplinas. Desvendar a verdade do público e do político, ou empreender uma análise exaustiva de suas constituições, imbricamentos e rede de relações não constam como objetivos de nossa pesquisa. Sendo assim, afirmar a política como um constructo histórico, interessado e presente tanto nas instituições como fora delas é crucial para que possamos entender também o público como um espaço dinâmico, não natural e em constante disputa. Confiamos que estabelecer esses referenciais nos ajudará a compreender Estado e sociedade civil como entidades fluidas, correlacionadas, sempre em produção, e não como figuras estáticas e integralmente separadas. São esses os pontos de partidas que nos possibilitarão tomar as políticas públicas como peças vivas, já que repletas de conexões e de movimento.

## 1.2. Por uma inspiração genealógica

Ao nos encarregarmos de perscrutar o contexto no qual as políticas públicas de saúde voltadas a mulheres nos anos 2000 ganharam vida, não é senão por intermédio de uma aliança com a história que o fazemos. A história está presente ao longo de toda essa pesquisa, fornecendo ferramentas e perspectivas para manejarmos nosso problema. É também em diálogo com a história que investigamos as condições de emergência de cada normativa, refletindo acerca da relação entre movimentos sociais e Estado, bem como debatendo as inflexões de sexo e gênero no discurso sobre a mulher, por exemplo.

Michel Foucault (2000 [1972]) assinala que a história tradicional é herdeira de uma racionalidade que funciona dividindo e classificando arranjos humanos entre o que chama de sociedades simples (ou primitivas) e sociedades complexas, ocupando-se principalmente de reconstruir o passado por meio da narrativa encadeada, linear e lógica dos grandes acontecimentos. Sob esse prisma, um acontecimento é constituído como o “resultado, o produto, o fruto de uma lenta maturação” (FOUCAULT, 2000 [1972], p. 286), o destino inevitável e soberano antes mesmo de seu anúncio como possibilidade. Logo se vê que um dos efeitos de tal prática é estabelecer uma justificativa e uma aparente inexorabilidade dos acontecimentos que tem como objetivo os lançar para além do alcance de qualquer contestação.

Trata-se do que Michel de Certeau (2013, p. XII) chama de uma “reconstituição cronológica, por demais dócil à ficção de uma linearidade do tempo”. A história, assim, se dedicaria a descrever períodos, personagens e episódios a fim de estabelecer o relato fiel e inequívoco da realidade dos fatos. Cuidando para não constranger ou causar mal estar, estaria permitida a participação nesse enredo, somente aos “desaparecidos”, aos “espectros”, que “não podem mais fazer mal nem falar” (CERTEAU, 2013, p. XV). Isto pois, um dos mecanismos centrais para o fazer historiográfico tradicional reside na produção sistemática de cortes, opondo radicalmente tempos e espaços, de forma que se atribua ao passado somente aquilo que se considera finalizado, encerrado, “morto”.

Ao considerar sobre os usos da história, o filósofo Friedrich Nietzsche (2003 [1874]) compreende que mais do que um enfeite com fins decorativos, uma ilustração para tornar-nos mais eruditos ou uma curiosidade exótica capaz de gerar entretenimento, a história deve ser proveitosa para a vida – sua criação e seu movimento - e não uma refém da procura obstinada pela uniformidade, pela continuidade ou pela essência. Informada por esses pressupostos, a

história se libertaria da necessidade de fixar inícios e fins de modo a produzir outras possibilidades de encontro entre os tempos.

É assim que nossa aproximação da história através da perspectiva da genealogia intenta avivar relações, articulações, movimentos, mais do que domesticar e colonizar episódios e experiências, ou como diz Michel de Certeau (2013, p. XVI), fazer outra coisa que não “acalmar os mortos que ainda freqüentam o presente e oferecer-lhes túmulos escriturários”. Estudamos, escrevemos, pesquisamos a fim de entrar em contato, aprender, deslocar, transformar a nós mesmas e ao campo no qual nos situamos. Diante de tais questões, a proposta genealógica como um modo específico de escrever a história se coloca como um conceito e uma ferramenta para essa pesquisa.

A genealogia consiste em uma perspectiva metodológica que Michel Foucault (1979, 2000 [1972]) aciona a partir do trabalho de Friedrich Nietzsche, cujo cerne localiza-se em atentar para o jogo de forças que constitui acontecimentos, sujeitos, formas. Em busca do encontro com a diferença e a imanência, mais do que com a unidade e a transcendência, a genealogia interroga as concepções de essência, natureza e origem que conformam objetos históricos. Trata-se de uma operação que possibilita vislumbrar o campo plural e irreconciliado de onde emergem os acontecimentos, apontando os elementos múltiplos e distintos que escapariam a qualquer tentativa de síntese e de consenso.

O trabalho do genealogista se distingue daquele da historiografia tradicional que se caracteriza pela busca de uma totalidade conferida por uma intencionalidade primeva, já que

cremos que nosso presente se apoia em intenções profundas, necessidades estáveis; exigimos dos historiadores que nos convençam disto. Mas o verdadeiro sentido histórico reconhece que nós vivemos sem referências ou sem coordenadas originárias, em miríades de acontecimentos perdidos (FOUCAULT, 1979, p. 29).

De modo a operacionalizar a genealogia, Michel Foucault (1979) distingue na obra nietzschiana dois conceitos fundamentais: a proveniência e a emergência. A proveniência está relacionada a fazer despontar uma “proliferação dos acontecimentos através dos quais (graças aos quais, contra os quais) eles [os objetos históricos] se formaram” (FOUCAULT, 1979, p. 20-1). Abre-se uma oportunidade de colocar em movimento o que se apresentava inerte, bem como de que se diferencie aquilo que se mostrava unificado e homogêneo e, assim, “demarcar os acidentes, os ínfimos desvios – ou ao contrário as inversões completas – os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós” (FOUCAULT, 1979, p. 21). A multiplicação dos elementos heterogêneos se contrapõe a



qualquer intenção fundacionista, introspectiva, pois “não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente” (FOUCAULT, 1979, p. 21).

Por outro lado, a emergência corresponde a um campo de confronto que “faz despontar forças subterrâneas, invisíveis, esquecidas no sono do mundo” (BARBOSA, 2012, p. 106). Ao se ocupar de investigar a emergência das coisas o que se pretende é tornar visível a dinâmica de forças que se entrecruzam, repleta de paradoxos, oposições, ruídos. Nesse sentido, a emergência se interessa acerca do estado das forças que marcam um acontecimento, investigando “a maneira como elas lutam umas contra as outras, ou seu combate frente a circunstâncias adversas, ou ainda a tentativa que elas fazem – se dividindo – para escapar da degenerescência e recobrar o vigor a partir de seu próprio enfraquecimento” (FOUCAULT, 1979, p. 23). Por tentar escapar à meta de estabelecer o ponto final de um processo, a emergência também descarta o que seria uma intencionalidade primeira, causal, em nome de dar visibilidade ao acaso.

Assim, entre a pesquisa da proveniência e da emergência, a genealogia é tramada no ponto de convergência entre o corpo, como superfície de inscrição dos acontecimentos, e a história, ao mesmo tempo em que se esforça para designar o confronto das forças em sua multiplicidade, reestabelecendo os diversos sistemas de submissão. Apresenta-se, portanto, uma empreitada que ao rejeitar a finalidade, a similitude e a origem na história, ocupa-se de rastrear o percurso através do qual a própria ideia de essência de algum objeto se torna possível. É dessa forma que a história de perspectiva genealógica se atenta para o que é heterogêneo, destoante, não linear e aparentemente sem importância na narrativa heróica da história tradicional. Ela busca, por sua vez, “reintroduzir o descontínuo em nosso próprio ser” (FOUCAULT, 1979, p. 27), multiplicando nosso corpo e, inclusive, opondo-o a si mesmo, pois não há porto pacífico, tampouco definitivo, onde ancorar.

Libertar-se do trabalho de promover a linha contínua e evolutiva dos acontecimentos requer navegar para além dos marcos do discurso formal da ciência positivista. No entanto, isso não quer dizer que esse tipo específico de saber será desprezado. A genealogia demanda o acoplamento entre saberes tidos como eruditos e as memórias locais, sem operar de forma a hierarquizá-los. Nesse sentido, o que se propõe vai de encontro aos procedimentos da ciência tradicional positivista que a fim de favorecer um modelo específico de saber, desqualifica, inferioriza e coage formatos distintos. A opção pelo acoplamento ao invés da exclusão e da hierarquização não torna a genealogia insensível a essas dinâmicas. Pelo contrário, uma vez que nenhum tipo de saber é dispensado de seu mapa. Em outras palavras, se alguma narrativa

se declara como a portadora da verdade, a investigação de cunho genealógico nos permitirá analisar como esse discurso de verdade foi produzido e a serviço de que, em oposição a tomar essa afirmação como ponto de partida.

A perspectiva genealógica tem se feito presente na produção de conhecimento científico e acadêmico para além dos territórios da filosofia e da história. Desde o início dos anos 2000, estudos publicados em revistas científicas têm apontado o uso da genealogia como ferramenta de pesquisa nos campos da Educação (DUSSEL, 2004), Enfermagem (AZEVEDO; RAMOS, 2003), Psicologia (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011) e Saúde Coletiva (MARTINS, 2004). A aproximação com a empreitada genealógica é vista, nos artigos acima elencados, como uma possibilidade de compreender como se instituem discursos de verdades em diversos campos de saber. No que concerne a disciplinas da área da saúde, a contribuição da genealogia estaria em analisar as práticas como elementos inseridos em uma rede de relações de poder, desconstruindo concepções naturalizadas à medida que permite a sua problematização (AZEVEDO; RAMOS, 2003). Nesse sentido, o fazer genealógico é visto como um recurso para questionar a universalização indiscriminada de modelos teóricos que balizam a atuação profissional na assistência à saúde (AZEVEDO; RAMOS, 2003). Por fim, vale destacar o interesse em aproximar a genealogia de pesquisas em saúde a fim de promover a interlocução entre a Filosofia e a Saúde Coletiva, contribuindo para a abordagem de problemas complexos em direção à transdisciplinaridade (MARTINS, 2004).

O que poderíamos nós, habitantes do campo da Saúde Coletiva, encontrar de valioso e interessante em uma perspectiva tão desassossegadora? Vislumbramos na prática genealógica uma oportunidade preciosa de ser capaz de colocar perguntas e problemas. Especialmente, tipos específicos de problemas. Inspiradas pelo fazer genealógico é que enunciaremos interrogações a respeito da definição de mulher e de política pública, e questionamos a naturalidade do sexo e do gênero, por exemplo. Um dos ensinamentos da genealogia ao percurso de pesquisa desta tese é justamente não extrair conclusões precipitadas, nem tomar algo como evidente em si mesmo. Mais do que uma desconfiança difusa, se trata de cultivar uma atenção sensível e prudente e paciente:

As pesquisas históricas de Foucault são cartografias, mapas, diagramas que operam uma história problematizadora, que produz um pensar interrogante e estabelecido no espanto, no estranhamento, em um exercício constante de demolição das evidências. Pensar não seria contemplar e nem descobrir um solo primeiro e original ou último e seguro, mas uma tarefa de se colocar problemas continuamente (LE MOS, CARDOSO JR., 2009).

Em vista disso, notamos que a genealogia se faz de modo perspectivo, já que problematiza a presumida imutabilidade das categorias e dos objetos históricos. A investigação a respeito da produção dos discursos de verdade vincula-se à observação de certos ângulos na dinâmica dos jogos de força. Não se trata de um procedimento imparcial ou que se candidata à neutralidade. Pelo contrário, a questão reside em estabelecer “a contingência radical e o caráter situacional do conhecimento histórico” (DUSSEL, 2004). A abertura a diferentes perspectivas constitui-se, assim, tanto como uma prática adotada pelo genealogista, quando não procura apagar os rastros de sua produção; quanto um procedimento ao qual ele se mantém atento no encontro com os saberes.

Compreendemos que a aproximação do procedimento genealógico nos possibilita experimentar colocar problemas que nos conduzam por espaços abertos, multifacetados e móveis, assim como por tempos de múltiplas durações. Em uma conferência na Universidade de Keio, em Tóquio, Michel Foucault (2000 [1972], p. 293) argumenta que a história não é efeito de apenas uma espécie de duração, já que “é uma multiplicidade de tempos que se emaranham e se envolvem uns nos outros”. A estratificação dos acontecimentos em períodos bem delimitados e a categorização rígida de passado, presente e futuro perdem lugar no trabalho do genealogista. Com isso, o filósofo fala a respeito da necessidade de multiplicar tanto os acontecimentos, quanto os tempos ou as durações, afirmando a variação e a metamorfose como condições para a prática de uma história informada pelas diretrizes da proveniência e da emergência.

Tal advertência de Michel Foucault sobre o tratamento dado ao tempo nos concerne muito além das preocupações com o desenho da história. Ora, falamos de uma das bases mais fortemente estabelecidas na biologia: o paradigma da evolução. Nesse sentido, a prática genealógica impacta duplamente o campo da Saúde Coletiva através de nossa pesquisa. De um lado, convida a exercitar um olhar histórico que fuja à linearidade causal e coerente dos acontecimentos, uma vez que a genealogia “não deixará nada abaixo de si que teria a tranquilidade asseguradora da vida ou da natureza” (FOUCAULT, 1979, p. 28). Enquanto, por outro lado, possibilita interrogar as concepções biológicas acerca da mulher, dos órgãos, do sexo, naquilo que postulam em termos de verdades naturais pré-discursivas, considerando que a ideia de evolução “foi bastante utilizada para retrair ou analisar as diferentes mudanças nas sociedades humanas ou nas práticas e atividades do homem” (FOUCAULT, 2000 [1972], p. 294).

Trazer aquilo que é próprio da biologia, da medicina e das ciências da saúde para o centro das problematizações corresponde ao que Annemarie Mol e Marc Berg (1998) chamam de investigações de práticas que produzem a realidade. Trata-se de um entendimento de que

“nenhum objeto existe sem estar articulado às práticas que o produzem e o fazem existir” (MORAES; AREDNT, 2013, p. 314). Nem mesmo sujeitos, órgãos, hormônios, células, tecidos, pois “as realidades são múltiplas, heterogêneas e articulam sem cessar atores humanos e não humanos” (MORAES; AREDNT, 2013, p. 314).

A fim de tornar possível a arquitetura de uma investigação de elementos cujos campos disciplinares fundam-se em postulados essencialistas e a-históricos, é preciso por em xeque a neutralidade e a uniformidade com as quais esses modelos explicativos se apresentam. Annemarie Mol e Marc Berg (1998) chamam atenção para uma estratégia dominante nas pesquisas em saúde, onde os debates problematizadores se dão principalmente fora do domínio da medicina e da biologia. Os pesquisadores narram o exemplo de estudos sobre questões psicossociais relacionadas a doenças. Nesses casos, assume-se a doença como um dado pré-existente e imparcial, a partir do qual serão debatidos aspectos passíveis de implicação com o contexto histórico, político e social – as ditas questões psicossociais. Tal operação se manifesta por meio de um mecanismo de adição que busca suplementar campos de conhecimento por vezes tidos como limitados. Porém, ao buscar meramente um adicional, corre-se o risco de deixar todo o território médico, biológico e científico incólume.

Sendo assim, apostamos que o privilegiamento da multiplicidade no olhar que a genealogia lança a seus objetos ganha relevância particular em estudos de Saúde Coletiva. Vislumbramos aí uma valiosa oportunidade de explorar outros trajetos e fluxos de relação no entrecruzamento dos campos disciplinares que compõem o tripé da Saúde Coletiva - quais sejam: ciências sociais e humanas; epidemiologia; e planejamento e avaliação em saúde. A proposta de transitar pelo diagrama da pesquisa, angariando memórias locais e saberes eruditos de modo a divisar opacidades e rugas naquilo que se tinha como cristalino e liso, dá a chance, inclusive, de não tomar a diferença como um problema a ser dirimido. De acordo com Annemarie Mol e Marc Berg (1998), o esforço em fazer da medicina um todo coerente e unificado colabora para que qualquer sinal de diferença seja constantemente apreendido como uma ameaça a ser combatida. Aqueles que trabalham sob tais marcos “tomam diversidade como um estado temporário que pode ser superado através de coisas como pesquisas de avaliação, protocolos, e padronização de terminologia”<sup>7</sup> (MOL; BERG, 1998, p. 7). Em contrapartida, os mesmos autores asseveram: “a diferença está aqui para ficar”.

No que concerne ao tema desta pesquisa, a genealogia também contribui ao permitir que, por meio da proliferação de acontecimentos e do acoplamento entre os saberes, estejamos

---

<sup>7</sup> Tradução livre de: “take diversity to be a temporary state that may be overcome through such things as evaluation studies, protocols, and the standardization of terminology”.

aptas a estranhar certezas, interrogar evidências e localizar universais. Ao contrário de percorrer os documentos a fim de traçar os contornos da mulher definitiva da biologia, da medicina ou das políticas públicas, pretendemos fazer falar as inconsistências, os desvios e as disputas. Em oposição a traçar o que seriam os limites intransponíveis entre Estado e movimentos sociais, exploramos o seu co-imbricamento e o trânsito de atores entre eles. Acreditamos que ao nos dispormos de tal maneira na pesquisa abrimos possibilidades de experimentar outros encontros com o campo de forças no qual os objetos históricos com os quais nos relacionamos tomam forma.

### 1.3. Artíficos do gênero e do sexo

O trabalho com normativas endereçadas a mulheres introduz outras categorias em nosso diagrama. Já falamos sobre política, público, Estado e é chegada a hora de enfrentarmos a discussão sobre sexo e gênero. Paul Preciado (2017) conta que foi ainda na década de 1950 que o termo gênero foi evocado pela primeira vez como uma ferramenta clínica e de diagnóstico. John Money, um psicólogo infantil neozelandês que conduzia suas pesquisas nos Estados Unidos da América, se ocupou de estabelecer a maleabilidade do que chamou de gênero perante as classificações estáticas de sexo. Para ele, gênero se referia a comportamentos e expressões corporais que tornavam possível que uma pessoa pertencesse a um grupo reconhecido como feminino ou masculino (PRECIADO, 2017).

Segundo Sonia Corrêa (2011), o uso do conceito de gênero em estudos a fim de problematizar as desigualdades entre homens e mulheres data da década de 1970, sendo que desde então tem passado por diferentes campos disciplinares sob distintas acepções. Já o seu aparecimento no domínio das políticas públicas ocorre a partir dos anos de 1990, tendo como marco histórico de legitimidade na gramática internacional das políticas governamentais a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994.

No Brasil, um estudo do início dos anos de 2000 indica que a Saúde Coletiva foi a área na qual o conceito de gênero encontrou terreno mais fértil, impactando a produção de conhecimento em intersecção com uma diversidade de temas (AQUINO, 2006). As apropriações que a Saúde Coletiva faz do conceito de gênero são variadas, conferindo um caráter heterogêneo a seus significados e usos que vão desde gênero como sinônimo de mulher; sinônimo de sexo – como variável empírica –; e como fator cultural em oposição ao sexo como fator biológico (ARAÚJO, SCHRAIBER, COHEN, 2011). De acordo com as mesmas autoras, é possível identificar um uso de gênero mais alinhado a uma vertente crítica ligada a movimentos feministas, cujo eixo situa-se na discussão das assimetrias entre mulheres e homens, ao mesmo tempo em que também é comum observar uma abordagem superficial, na qual as contingências históricas e políticas não são contempladas<sup>8</sup> (ARAÚJO, SCHRAIBER, COHEN, 2011).

---

<sup>8</sup> Para uma análise mais aprofundada sobre significados e usos do conceito de gênero, conferir: LAURETIS, 1994; SCOTT, 1986.

Um primeiro ponto a ser abordado na aproximação que vamos traçando é em relação ao gênero, já que, em concordância com Sonia Corrêa (2016), não tomamos gênero e mulher como sinônimos. Isto é, gênero não é um referente de feminino. Afirmar essa perspectiva é fundamental, considerando que tomar como equivalentes gênero e mulher pode levar à conclusão de que apenas a mulher é construída historicamente. O entendimento de que a possibilidade de existência da mulher está indissociavelmente conectada à constituição da categoria homem, dado o binarismo do regime sexo-gênero, torna-se crucial para não cair na armadilha de lançar a mulher na instabilidade e na história, ao passo que mantém o homem na natureza atemporal.

Gênero, conforme assinala Paul Preciado (2018a), é “algo que fazemos, não algo que somos – algo que fazemos juntos. Uma relação entre nós, não uma essência”. Imposto por meio de uma rede de relações sociais, políticas e econômicas, o gênero compõe, em conjunto com o sexo, o sistema binário que organiza o modo como percebemos a nós mesmos e como nos relacionamos com os outros. Ao chamar a atenção para o caráter relacional do sexo e do gênero, o filósofo tira essas categorias de um plano meramente individual para inseri-las no domínio das tecnologias políticas de “gestão da verdade e da vida” (PRECIADO, 2018a).

O segundo marcador refere-se à concepção de sexo que adotamos. Recusamos a formulação de que sexo seria a base fisiológica, anatômica, natural, pré-discursiva sobre a qual se inscreve o gênero, sendo este visto como as camadas de interpretação cultural e de expressão de papéis sociais. O sexo é concebido como um mecanismo que coloca em prática uma segmentação de zonas erógenas no corpo a fim de fazer coincidir a conformação de certos órgãos com certos comportamentos e afetos, a partir de uma “distribuição assimétrica de poder entre os gêneros” (Preciado, 2017, p. 25). Cabe ao sexo fazer dessas zonas partes que atuem como significantes sexuais femininos ou masculinos, apoiando-se em “fatos ostensivamente naturais” (BUTLER, 2017 [1990]). É nesse sentido que sexo se aproxima de tal forma de gênero que entendemos que ambos estão imbricados. Sobre isso, Paul Preciado (2017, p. 29) argumenta que o “gênero poderia resultar em uma tecnologia sofisticada que fabrica corpos sexuais”.

O terceiro marcador de nossa disposição para a investigação consiste em apreender tanto gênero quanto sexo como dispositivos de regulação social que operam segmentando, hierarquizando e normalizando. Sonia Corrêa (2016, p. 218) argumenta que ambos – sexo e gênero – são elaborações históricas que se nos parecem naturais e estáveis é porque são “permanentemente reiterados nos discursos e práticas culturais e institucionais”. Fazer esse

giro é urgente, ainda que desafiador, pois “para falar de sexo, de gênero e de sexualidade, é necessário começar por um ato de ruptura epistemológica, uma negação categórica, a quebra de um pilar conceitual, dando lugar às premissas de uma emancipação cognitiva” (PRECIADO, 2018a, p. 19-20).

De acordo com Paul Preciado (2017), o sexo, a sexualidade e o gênero devem ser compreendidos como “tecnologias sociopolíticas complexas” por meio das quais o corpo é hierarquicamente fragmentado em zonas de alta intensidade que são responsáveis por conferir a natureza da feminilidade ou da masculinidade. Essas zonas consistem em partes determinadas do corpo cuja função é a de tornarem-se significantes sexuais, como “centros naturais e anatômicos” da diferença sexual. Um pequeno conjunto de marcos no vasto território do corpo torna-se mais importante do que todo o restante. É por meio desse processo que, por exemplo, a vagina e o pênis são definidos como órgãos reprodutores e sexuais, ao contrário da pele, da boca ou das mãos.

O regime sexo-gênero descrito por Paul Preciado (2017, 2018b) integra o sistema heterossexual, sendo este um sistema político de regulação dos corpos que funciona inscrevendo e reinscrevendo códigos binários (masculino-feminino, heterossexual-homossexual, natureza-cultura, produção-reprodução)<sup>9</sup>. Em outras palavras, o que se propõe é compreender a heterossexualidade não como somente uma prática sexual, mas sim como um regime político, uma tecnologia complexa de gestão dos corpos que abrange não só aqueles que se nomeiam heterossexuais. A heteronormatividade, como um sistema e uma tecnologia, compreende um conjunto de instituições lingüísticas, médicas, domésticas, jurídicas que produzem “corpos-homem e corpos-mulher” por meio de regulações, sanções e repetições permanentes (PRECIADO, 2017). É por meio dessas operações que o corpo se torna artefato, que seus órgãos, funções e relações são artificialmente concebidos como dados de natureza. Os órgãos (reprodutores) colonizam o corpo, produzindo, nesse processo, a própria corporalidade:

Os órgãos sexuais não existem em si. Os órgãos que reconhecemos como naturalmente sexuais já são o produto de uma tecnologia sofisticada que prescreve o contexto em que os órgãos adquirem sua significação (relações sexuais) e de que se utilizam com propriedade, de acordo com sua "natureza" (relações heterossexuais) (PRECIADO, 2017, p. 31).

Gênero, portanto, não é somente efeito de linguagem, pois está articulado também com processos de incorporações concretas que caracterizam distintas identidades, uma vez que é “puramente construído e ao mesmo tempo inteiramente orgânico” (PRECIADO, 2017, p. 29).

---

<sup>9</sup> Há um extenso debate sobre natureza e cultura no campo da Antropologia, o qual não será possível introduzir nesta tese. Para saber mais, conferir: VIVEIROS DE CASTRO, 2015.



Em nome de sua produção, estabilização e fixação, é no corpo que o gênero busca ancorar-se. Nessa perspectiva, gênero emerge como um “programa operacional capaz de desencadear uma proliferação de percepções sensoriais sob a forma de afetos, desejos, ações, crenças e identidades”, atuando diretamente na produção de subjetividades (PRECIADO, 2018b, p. 127). Sendo assim, gênero coloca em funcionamento muito além de inflexões de pronomes nominiais, pois se encontra conectado a uma cadeia de tecnologias que vão além do ato de modificar uma natureza já dada, visto que trabalham produzindo justamente essa própria natureza.

A construção do sexo como natureza e verdade anatômica pré-discursiva exerce um papel fundamental na sustentação da diferença sexual. Dessa forma, não é a mera presença de um determinado órgão feminino que faz existir uma mulher, ou um órgão masculino, um homem. Tal operação torna-se possível por meio da lógica do corpo sexuado, coerente e binário segundo a qual a totalidade do corpo é definida a partir da designação de uma zona específica como central de referência de sentido (PRECIADO, 2017). Ou seja, é a partir de um território específico do corpo, de um fragmento, que o corpo como um todo passa a ser inteligível e integrado.

Todavia, embora os esforços das tecnologias da diferença sexual se movimentem com o objetivo de atingir a estabilização e a cristalização das categorias de sexo e gênero, é importante destacar que isso nunca se completa ou se torna totalmente eficaz. Justamente no interstício da escritura da heterossexualidade é que, diante do encontro com a artificialidade dessa operação, pode-se ensaiar e experimentar inversões e dissidências nas práticas de produção da diferença sexual (PRECIADO, 2017). Como todo poder que pretende investir sobre a vida, também as tecnologias do sexo e do gênero necessitam continuamente lançar mão de ajustes e reformulações de seus mecanismos. E nesse processo permanente de manutenção, o movimento das forças no campo é também impactado, de forma que se possa interrogar:

de que maneira o jogo dessas relações de poder vem a ser modificado por seu próprio exercício - reforço de certos termos, enfraquecimento de outros, efeitos de resistência, contra-investimentos, de tal modo que não houve um tipo de sujeição estável dado uma vez por todas? (FOUCAULT, 1988 [1976], p. 108).

A lógica da diferença sexual se sobrepõe, de certo modo, à anatomia, pois de acordo com Thomas Laqueur (2001, p. 8), em uma perspectiva histórica, não há qualquer conhecimento específico sobre a feminilidade e a masculinidade que seja baseado em “fatos indiscutíveis sobre os corpos”. Dito de outra forma, se a presença de um pênis ou de uma vagina parece, à primeira vista, ser um critério preponderante na atribuição do sexo às

peessoas, à medida que “insistirmos um pouco podemos ver que eles não são tão conclusivos como se pensa” (LAQUEUR, 2001, p. 8). O historiador oferece como exemplos situações em que um homem pode continuar a ser designado como tal mesmo que não tenha pênis, assim como a dubiedade do processo de determinação do sexo mediante análises cromossômicas.<sup>10</sup>

É nesse sentido que Paul Preciado (2018b, p. 38) afirma que não há nada escondido ou tampouco a ser descoberto no que concerne a sexo e gênero, pois já não se trata de “revelar a verdade oculta na natureza, e sim da necessidade de explicitar os processos culturais, políticos e tecnológicos por meio dos quais o corpo, enquanto artefato, adquire um *status* natural”. Portanto, nosso trajeto de pesquisa não inclui como destino a definição do órgão “correto” ou dos sexos “definitivos”. Ao refletir sobre as formas como as políticas públicas de saúde desenham seu público alvo, buscamos tornar visíveis os elementos que dão condição de possibilidade para que certo enunciado seja proferido em detrimento de outros, de modo que o papel desempenhado pelas políticas na manutenção do regime sexo-gênero possa ser analisado.

O corpo como o ponto decisivo da batalha em torno do sexo e do gênero, como pondera Thomas Laqueur (2001), esteve no centro das transformações acerca da maneira como se concebia o feminino e o masculino, especialmente na tradição epistemológica europeia. Trata-se da ascensão do corpo como instrumento e objeto das tecnologias políticas de produção e manutenção da diferença sexual. O empreendimento de localizar no corpo a substância da diferença sexual, mais do que ilustrar um processo linear e evolutivo das ciências, remete a contingências políticas e econômicas em vigor, sobretudo, a partir do século XVIII (LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2001).

De acordo com Emily Martin (2006 [1987]) e Thomas Laqueur (2001), até meados do século XVIII prevaleceu uma perspectiva de que havia um sexo único, onde o homem representaria o nível mais elevado de perfeição, sendo o corpo da mulher visto como uma representação invertida dos órgãos masculinos. A diferença de grau, e não de natureza, em tal paradigma coloca homens e mulheres no mesmo *continuum*, uma vez que seus corpos são considerados estruturalmente análogos, ainda que ocupem posições de valores hierarquicamente díspares. A esse respeito, Wilza Villela e Margareth Arilha (2003, p. 102) ressaltam que o modelo de sexo único não era acompanhado por uma condição de igualdade e indiscriminação entre os sexos, uma vez que, em consonância com tal perspectiva, o “mundo é povoado por homens, completos ou incompletos”, estando as mulheres em uma posição de inferioridade – tanto física quanto moral – no ordenamento entre os seres.

---

<sup>10</sup> Conferir: FAUSTO-STERLING, 1993.

A hegemonia do modelo de sexo único será seriamente desestabilizada a partir do final do século XVIII, quando passa a ganhar força e espaço a ideia de que a diferença entre homens e mulheres não se resume a uma gradação na escala da perfeição, mas sim a uma incompatibilidade total e completa entre os corpos. De modo a desenvolver tamanha empreitada, cientistas e médicos passaram a buscar (e construir) os fundamentos da diferença sexual na biologia, alegando que o “corpo oferecia uma sólida fundação, um ponto causal, do significado do homem e da mulher” (LAQUEUR, 2001, p. 202). A partir dessa dinâmica, torna-se possível afirmar que são as diferenças impressas nos corpos que organizam as diferenças de lugares e funções sociais entre mulheres e homens. O que está em jogo é evocar a imagem de um arranjo da “natureza”, um *a priori*, uma pré-determinação, contra a ideia de uma lei arbitrária ou uma convenção que poderia, portanto, ser mais diretamente questionada (MARTIN, 2006 [1987]).

Dessa forma, afirmamos que a diferença sexual não é fruto somente de um avanço científico ou de descobertas biológicas, mas sim de mudanças epistemológicas e políticas para as quais a ciência pôde operar como importante mecanismo de legitimação e naturalização dos lugares a serem ocupados pelo sexo e pelo gênero. O que é diferente de afirmar que a diferença sexual é uma constante na humanidade, sendo o modo como a interpretamos o único elemento a variar. Ou seja, não se trata de como fazemos a leitura e a interpretação do corpo, mas sim de como o próprio corpo é produzido.

A dedicação em torno da fundamentação teórica da diferença sexual estava alinhada a um processo mais amplo de produção de distinção e hierarquia, no qual estudos sobre raça e classe também estavam na ordem do dia (PRECIADO, 2018b; ROHDEN, 2001). Disparado em meados do século XIX e início do século XX, sobretudo na Europa ocidental, esse empreendimento envolveu disciplinas desde a biologia e a medicina até a história, a antropologia, a sociologia e a psicanálise (LAQUEUR, 2001; MARTIN, 2006 [1987]). Chamamos a atenção para um funcionamento das tecnologias de gênero que fabricam sobre os corpos toda uma série de diferenças para além daquelas de gênero, entre as quais, diferenças sexuais, raciais, etárias, de classe e de região (PRECIADO, 2018b). Com isso, compreendemos a indissociabilidade entre a produção do binarismo de sexo e gênero e a diferenciação hierárquica de outras categorias do humano.

A correlação entre a produção de gênero e das demais categorias no âmbito das tecnologias políticas de gestão da vida aponta também para o que Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017) chamaram de as dinâmicas da construção mútua, contínua e processual

entre gênero e Estado. Sendo o Estado heterogêneo, é preciso observar suas práticas, processos, ferramentas e dispositivos a fim de compreender por quais meios ele se produz a si mesmo e àqueles a quem vai governar. Ao considerar a capacidade de fabricar sujeitos e subjetividades que gênero e Estado exercitam em associação, vemos que a constituição de tipos desejáveis, adequados, inadequados, normais e anormais compõe o cotidiano de processos de diferenciação e classificação de modos de vida nas dinâmicas que concernem a população, bem como naquelas que dizem respeito aos indivíduos.

Partindo do pressuposto de que a produção de gênero está amalgamada à produção do Estado, as políticas públicas de saúde da mulher inserem-se nesse campo de modo especial ao conjugarem formalmente os dois termos. Se, como asseveram Sonia Corrêa e Richard Parker (2018), atualmente gênero, sexo e sexualidade não se situam às margens das disputas de poder, mas sim no seu próprio núcleo, investigar políticas públicas voltadas para mulheres nos permite observar um dos processos por meio dos quais o Estado produz e delimita como e quem são as mulheres que podem ser contempladas pela cidadania.

Ao longo da tese, experimentaremos outras aproximações dos conceitos aqui apresentados, aprofundando em alguns pontos, convidando outros interlocutores, conforme a necessidade se manifestar, a fim de tecer relações com os problemas levantados pelo caminhar da pesquisa.

## Capítulo 2 – Aspectos metodológicos: trabalhando com documentos

Construir as condições de possibilidade de desenvolvimento de uma tese que se ocupa de estudar políticas públicas de saúde voltadas a mulheres em um programa de Saúde Pública pode ser algo tão intrigante e trabalhoso quanto conduzir a própria investigação em si. Como exercitar distanciamentos e aproximações e experimentar outros pontos de vista de algo que se faz um dos pilares de existência do próprio campo? Como resistir a universalismos, simplificações e reducionismos de toda a sorte?

Junto a isso, além de tomar como objeto as políticas públicas, a relação com o sexo e o gênero se impõe, trazendo outros desafios ainda, uma vez que nos concentramos na área da saúde da mulher. Nos colocamos diante de um diagrama no qual nos vemos profundamente imiscuídas. Como seres também conformados pelo sexo e pelo gênero, cá estamos ensaiando reflexões, distorções e deslocamentos em referência a um dos modos de regulação da vida e de produção de subjetividade mais disseminados e naturalizados de nossos tempos. Como estranhar algo que constitui nossa própria corporalidade e intelegibilidade?

Logo se vê que diante de tal cenário não seria nem possível, nem coerente e tampouco elegante que nos lançássemos à busca de respostas definitivas e fechadas para as questões acima elencadas. O mesmo se aplica para o traçado dos procedimentos metodológicos. Não há protocolo racionalizado ao qual submetemos cada passo de nossa jornada, uma vez que foi na singularidade de nossos encontros com documentos, falas e registros, ao longo da produção da pesquisa, que foi se desenhando o mapa a ser explorado. Reavivamos o nosso compromisso em trilhar caminhos que expandam as possibilidades de compreender, interrogar e refletir acerca dos temas que pautamos.

Muitas seriam as formas de tratar as questões que levantamos, o que torna nossas estratégias necessariamente situadas e provisórias. Inclusive, porque como nos conta Adriana Vianna (2014, p. 45), “documentos formam um *corpus* vivo, que se altera e perfaz novos mundos a cada leitura”. Sendo assim, afirmamos uma trajetória metodológica de inspiração na perspectiva genealógica da história e das relações de poder, em conjunto com uma perspectiva antropológica de documentos.

A partir do encontro com os referenciais teóricos apresentados anteriormente, entendemos que o trabalho com e a partir de documentos implica em atentar para o conteúdo e a forma, bem como para o contexto no qual se inserem e o conjunto de elementos que agenciam e

relacionam. A pesquisa conduzida por esses pressupostos permitirá encontrar nas políticas públicas muito além de registros jurídicos oriundos de repartições estatais, pois estamos diante de um dispositivo que articula atores e instituições governamentais com movimentos sociais, organizações não governamentais, agências internacionais e Academia; e que enseja disputas intensas, cujos efeitos permeiam outros domínios para além dos órgãos estatais, inscrevendo-se no circuito político internacional e no regime de gestão dos corpos e da vida.

A proposta genealógica de Michel Foucault consiste em uma estratégia capaz de colocar o pensamento em movimento, fazendo com que os acontecimentos históricos ganhem relevância no processo de pesquisa, pois é na análise do contexto que podemos vislumbrar as forças envolvidas em uma definição de mulher. Nos inspiramos na genealogia para entrar em contato com o campo de forças do qual emergem as políticas, nos mantendo atentas e sensíveis tanto aos discursos que alcançaram hegemonia, quanto àqueles que circularam pelas margens. A heterogeneidade e o dissenso são acolhidos em nossa análise e vão participando da formação das teias de relações que estão envolvidas no processo de se estabelecer uma política de saúde para mulheres, assim como quais mulheres são estabelecidas para uma política de saúde.

Os documentos das políticas que dispararam nosso estudo situam-se também no campo de forças em questão. Isto é, eles são formados por e também participam da formação deste campo. Segundo Leticia Ferreira (2013, p. 41), documentos exercem uma tarefa crucial ao propiciar a “produção tanto de categorias e procedimentos a partir dos quais agentes, repartições e setores da administração pública estatal intervêm no mundo social, quanto da própria necessidade de intervenção”. Ao não tomar os documentos como mera representação ou como o próprio referencial para a investigação, podemos tratá-los de uma forma que seja possível traçar as relações internas e externas a eles. Tal procedimento nos permite fazer vir à tona uma série de conexões e de acontecimentos que, muitas vezes, não são visíveis sob a lente da verdade, da natureza, do universal.

Ao discorrer sobre uma abordagem antropológica de documentos, Leticia Ferreira e Laura Lowenkron (2020) argumentam que uma abordagem a-histórica e a-crítica desse material tem levado a um empobrecimento da capacidade de análise desse tipo de objeto em pesquisas acadêmicas e científicas. Nesses casos, o que acaba negligenciado é o fato de que documentos são ferramentas tecnológicas centrais para as instituições estatais, tanto quanto para aqueles que buscam interagir com o Estado. Documentos não somente registram sujeitos, ações, instituições; eles também produzem essas realidades. O que se propõe é uma

abordagem que não se satisfaça em estudar a dimensão informacional e instrumental de documentos, mas que possa estar interessada naquilo que eles produzem ativamente em termos de saber, relações, efeitos e afetos. Documentos ordenam, nomeiam, associam, identificam, segmentam e incluem os elementos que portam, conformando um campo densamente povoado por múltiplos atores, linguagens e racionalidades que podem se somar, entrecortar, aniquilar e reforçar entre si, em constantes disputas.

Um labor meticuloso é exigido pelo trabalho com documentos: acompanhar o desenho sinuoso de argumentos em sua reiteração persistente, bem como no seu abandono e esquecimento. “Levar a sério” os documentos corresponde a segui-los naquilo a que se propõem, observando o que de fato sedimentam (VIANNA, 2014). Trata-se de examinar a maneira como a peça documental se organiza, a posição que ocupa no ordenamento ao qual faz parte, suas lacunas, o conjunto de pessoas e instituições responsável por sua redação, outros documentos que evoca, e sua dimensão material. Pois, “sua obrigação presumida de ser algo que deve permanecer e durar, dada, antes de mais nada, por seu caráter de ‘documento’, percorre, desse modo, todo seu processo de confecção e seus múltiplos e variados tempos” (VIANNA, 2014, p. 47).

Vale registrar que as autoras citadas (FERREIRA, 2013; FERREIRA, LOWENKRON, 2020; LOWENKRON, FERREIRA, 2014; VIANNA, 2014) descrevem o trabalho de investigação com e a partir de documentos através de uma perspectiva antropológica que se operacionaliza, sobretudo, pelo fazer etnográfico<sup>11</sup>. Esta tese se inspira no tratamento dado a documentos que a prática etnográfica oferece.

Em diálogo com a genealogia e a antropologia construímos nossas ferramentas de modo a elaborar uma analítica das políticas públicas de saúde da mulher. O escrutínio de cada uma das políticas elegidas – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Rede Cegonha (RC) - se desenvolveu em torno de dois eixos complementares entre si: o estudo do texto do documento e o estudo da conjuntura. No primeiro eixo, nos ocupamos de analisar o conteúdo e o formato dos documentos oficiais responsáveis por promulgar as políticas. Quando necessário, a fim de aprofundar ou elucidar algum ponto, recorreremos a outros documentos governamentais e também à bibliografia da área. No estudo do texto do documento, o intuito é abordar a política naquilo que ela deixa ver, ou seja, como a política produz seu discurso, que linguagem utiliza, que prioridades estabelece, que articulações, inclusões e apagamentos promove. Em referência ao formato, analisamos o

---

<sup>11</sup> Para saber mais sobre etnografia, conferir: CAIAFA, 2007; PEIRANO, 2014.

*status* jurídico do tipo de documento selecionado, a filiação institucional e a nomenclatura utilizada para denominar a própria normativa. Apresentamos ao final deste capítulo dois quadros-sínteses da estrutura (elementos textuais) destes documentos, que já tornam visíveis muitas das diferenças que discutimos nessa tese (cf. quadros 1 e 2).

Em um segundo momento, procedemos ao estudo da conjuntura que tem por objetivo entrar em contato com as condições sociais, históricas e políticas que possibilitaram o advento das políticas públicas elegidas tal qual estas se apresentaram. Este segundo eixo se subdivide em três dimensões: movimentos sociais; institucionalidade estatal; e produção de saberes científicos e acadêmicos. A dimensão dos movimentos sociais volta-se a conhecer as implicações de alguns movimentos sociais de mulheres e feministas no processo de concepção e formulação das políticas, perscrutando a dinâmica da relação entre governo federal e sociedade civil organizada no que concerne à luta por direitos e à busca de incidir no Estado. A institucionalidade estatal, por outro lado, refere-se ao papel de agentes e de órgãos do Estado - especialmente aqueles ligados à esfera federal do governo - na feitura das políticas. Por fim, discutimos os fluxos entre Estado e instituições acadêmicas e científicas, a fim de conferir visibilidade à dinâmica da interface entre processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e produção de conhecimento científico e acadêmico.

Mais do que três planos de contornos bem delimitados, falamos de forças que se justapõem, se entrecruzam, se coengendram e derivam entre si. Ao longo do texto, será possível identificar diversos desses pontos de encontro, passagem, contágio, perturbação e distanciamento entre os planos, apontando para a imbricada tessitura a partir da qual uma política pública de saúde voltada para mulheres ganha vida. Confiamos que a análise constituída por meio do mapeamento que organizamos poderá contribuir para apreender os modos através dos quais as políticas públicas participam ativamente da produção de um sujeito político de direitos. Tal percurso também disponibilizará uma mirada acerca dos fluxos de circulação de forças nas disputas abertas e ininterruptas em torno do sexo, do gênero e da sexualidade.

A fim de proceder a essa montagem, uma série de passos foi demandada, pois seguir a trilha dos documentos significou, na labuta diária da pesquisa, aprender com os próprios documentos, no decorrer do percurso. Mais do que uma trajetória linear, já previamente arranjada, o trabalho se constituiu a partir de muitas idas e vindas, muitas releituras e um montante significativo de anotações escritas à mão (por volta de 400 páginas).

O ponto de partida se deu com a leitura de obras tidas como referências no campo de saúde, como Délcio Fonseca Sobrinho (1993), Maria José Osis (1998) e Michel Foucault (1988



[1976]); e de algumas teses e dissertações que foram chamadas de pesquisas-irmãs por se situarem em um campo problemático de relativa vizinhança ao nosso. Entre estas, aquelas que estiveram nas leituras iniciais foram os trabalhos de Layla Carvalho (2017), Thais Camargo (2018), Ana Pimentel (2014) e Patrícia Medeiros (2008). Esse primeiro contato com a bibliografia mostrou-se particularmente útil para que fosse possível tecer uma aproximação em relação à área de saúde da mulher. Além das obras acadêmicas, uma experiência literária por meio da leitura de Orlando, de Virginia Woolf (2011 [1928]), contribuiu para produzir alguns distanciamentos e também para multiplicar ferramentas imaginativas e da ordem do sensível<sup>12</sup>.

Em seguida, se deram as leituras dos textos das políticas que almejava apreender, em um primeiro momento, de que tratava cada um dos documentos em linhas gerais. As leituras subsequentes já ensejaram o mapeamento de alguns elementos, tais como: estrutura do texto; filiação institucional; autoria; e *status* jurídico. Também o conjunto argumentativo foi avaliado, por meio da identificação de temas, disciplinas acadêmicas e conceitos referenciados. Essa série de elementos foi sistematizada e é apresentada no primeiro eixo de análise, chamado de estudo do texto dos documentos das políticas. Com o objetivo de seguir a trilha dos registros, exercitamos levar a sério todo argumento, dado e símbolo inscritos ali, o que, por sua vez, disparou outras investigações mais.

Pistas presentes nos documentos das políticas indicaram um complexo conjunto de pessoas, organizações, teorias e eventos que confluíram para a feitura das políticas e, como veremos mais adiante, influenciaram na vida que cada uma levou. Essa série de fatores e de atores foi organizada e é apresentada no segundo eixo de análise, chamado de estudo da conjuntura das políticas. A exploração de outros documentos oficiais, dissertações e teses, documentos de movimentos sociais, artigos científicos, livros acadêmicos, relatórios de eventos, artigos de *blogs* e jornais foi se tornando necessária a fim de qualificar tanto as “presenças presentes” nos textos das políticas, quanto as “presenças ausentes”. Com “presenças presentes” queremos aludir a informações registradas diretamente nos documentos, como o nome da autora cujo conceito teórico funciona como referencial para tratar o gênero, no caso da PNAISM. Por outro lado, “presenças ausentes” se referem a informações ocultas, como o nome das pessoas que compunham a equipe responsável por elaborar a RC.

Os “regimes de fala e de silêncio”, conforme conta Adriana Vianna (2014), integram processos de pesquisa antropológica de documentos e dizem respeito àquilo que pode ou não

---

<sup>12</sup> Outras obras literárias com protagonistas mulheres acompanharam o curso da pesquisa (ARRAES, 2019; DOSTOIÉVSKI, 2009; SATRAPI, 2010), com destaque para aquelas mencionadas no prólogo da tese (AZEVEDO, 2003 [1899]; RAMOS, 2019 [1936]).

ser registrado. Nesse sentido, não se trata de uma mera falta no texto, mas de um arranjo específico que responde à teia de onde tal artefato ganha corpo. Ou seja, tanto as presenças quanto as ausências dizem do universo de fabricação de políticas, e, portanto, de fabricação do Estado. A partir do que, podemos ponderar: que Estado uma política pública em formato de portaria e sem autoria identificada prospecta? E que Estado está sendo modulado quando um documento afirma a interlocução com os movimentos sociais?

Contudo, tais regimes não se mostram à primeira vista e, em nosso caso, foi preciso transitar entre o documento de uma política e o de outra, a fim de que a própria interação entre os documentos pudesse iluminar os distintos processos de onde partiam. Por exemplo, a dedicação do documento inaugural da PNAISM em explicar as bases teóricas de seus princípios torna muito latente a ausência desse mecanismo na RC, e nos impulsionou a buscar tais dados sobre a RC em outros documentos. Da mesma forma, a forte influência na RC do episódio da campanha eleitoral para a presidência chama atenção para a mesma questão na PNAISM, o que fez com que estudássemos o processo eleitoral também deste período. É por conta disso que as idas e vindas entre os documentos foram uma constante ao longo da pesquisa. Em outras palavras, queremos dizer que os documentos impressos (e rabiscados) da PNAISM e da RC nunca puderam deixar a mesa de trabalho por muito tempo.

Por falar em papéis, o trabalho com livros impressos e cadernos, além do computador, foi estratégico para cotejar o *corpus* de material reunido na pesquisa. Nos cadernos nos dedicamos a manter uma espécie de fichamento e de resumo de textos, vídeos, falas e demais registros levantados ao longo da pesquisa. Os cadernos foram utilizados também para desenvolver ideias e eventuais rascunhos de trechos da tese. A alternância entre dispositivos analógicos e dispositivos digitais se mostrou essencial para acolher distintos fluxos de pensamento, bem como para possibilitar a redução do tempo dispensado diante de telas, sobretudo em vista da pandemia e da conseqüente adequação à educação à distância e ao trabalho remoto.

Ao longo da investigação relativa ao texto dos documentos e ao plano conjuntural das políticas, no encontro com esse outro volume de material e de plataformas, alguns temas foram saltando aos olhos, sobretudo, conforme iam reaparecendo. São eles: discurso biomédico; cidadania; família; discurso científico; participação popular; subgrupos de mulheres; reprodução; raça e etnia; maternidade; sujeito político de direitos; classe social; sexualidade; organismos internacionais; movimentos sociais; democracia, entre outros. Tratamos esses temas como categorias que são acionadas no campo onde se discute e se disputa a saúde da mulher. O uso de marcadores coloridos designados a identificar distintamente e materialmente cada um

dos temas nos textos foi central para possibilitar a navegação pelos documentos, de modo a, por exemplo, ser rapidamente rastreáveis todos aqueles que abordam a questão da cidadania.

As categorias surgidas a partir do estudo do material forneceram subsídios para a elaboração da discussão, conteúdo que foi distribuído entre os capítulos 8 e 9. O propósito desses capítulos é o de aprofundar certas questões, explorando desdobramentos de intervenções, racionalidades, linguagens e técnicas contidas nos documentos estudados. Ao trilhar os caminhos das políticas, o encontro com alguns temas mobilizou nossa sensibilidade, chamando a atenção para elementos que demonstram desempenhar um papel central para os processos de conformação do que vem a ser a categoria mulher perante a saúde pública e o Estado. Com isso, pretendemos esmiuçar vetores que permeiam e sustentam não somente as políticas de saúde da mulher nos anos 2000, mas também a produção de subjetividade sob os desígnios do regime da diferença sexual.

Com o intuito de possibilitar maior acurácia ao mapeamento dos atores nos processos de elaboração de políticas públicas, adotamos a diferenciação de movimentos de mulheres e movimentos feministas<sup>13</sup>. Essa distinção busca sinalizar a relativa autonomia e as eventuais divergências entre as pautas dos segmentos citados. Reconhecemos que no conjunto dos movimentos de mulheres há uma diversidade significativa de agenda, métodos de ação e posicionamentos políticos. O mesmo se passa com os movimentos feministas. Portanto, o recurso que usamos não intenciona padronizar ou homogeneizar os grupos. Pretendemos visibilizar um tipo específico de fronteira: aquela que marca territórios nos quais as assimetrias de gênero constituem o núcleo do ativismo.

Mais do que estabelecer os contornos rígidos de um território onde a pesquisa circula, as políticas públicas elegidas funcionam como pontos de partida, disparadores de feixes que nos conduzem à exploração de uma série de relações e mecanismos que colaboram para as dinâmicas de trânsito, controle, regulação e resistência ao redor do sexo e do gênero. Além de contribuírem também para o próprio processo de produção e manutenção do Estado. Se partimos das políticas é por uma estratégia para analisar essa tecnologia em sua intersecção com a produção de um sujeito mulher e não porque elas estariam situadas em um lugar primevo em relação a outras narrativas.

Já relatamos que os documentos oficiais de promulgação da PNAISM (BRASIL, 2004a) e da RC (BRASIL, 2011a) se colocaram como nosso marco inicial do percurso investigativo. Outros documentos oficiais diretamente relacionados aos mencionados acima

---

<sup>13</sup> Nos alinhamos a ativistas e pesquisadoras que também adotam a distinção mencionada: CARVALHO, 2017; CFEMEA, 2002a; SCHUMAHER, VARGAS, 1993.

também compuseram a investigação, como o Plano de Ação da PNAISM (BRASIL, 2004b) e o Manual prático para a implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), respectivamente. Entretanto, outros conjuntos de documentos oficiais, em sua maioria provenientes da esfera federal do governo, também foram participando da pesquisa, conforme surgia a necessidade de angariar informações. Entre esses, destacamos: atas de reuniões; livros; premiações; dicionário; cartilhas; manuais; folhetos; normas técnicas; leis; decretos; publicações comemorativas; anais de encontros; editais; relatórios de gestão; e textos de outras políticas públicas. Ainda dentro do âmbito do Estado, porém sem gozar de indexação bibliográfica na coleção de publicações governamentais, também recuperamos entrevistas e discursos de autoridades públicas, e artigos de notícias em portais oficiais *online*.

Para além do domínio mais propriamente estatal, diversos registros textuais e audiovisuais de variados atores – institucionais e não institucionais - foram incluídos a fim de proporcionar a ampliação de fontes e vozes consideradas na pesquisa. Entre esses registros constam teses e dissertações; artigos acadêmicos e científicos; livros; entrevistas; artigos de jornais de grande circulação; o “Jornal Fêmea”<sup>14</sup>; revistas e *blogs*; programas de rádio e televisão; acordos, manuais e relatórios de agências internacionais; anais e cartas de eventos da sociedade civil; e documentos variados de movimentos sociais.

Uma série de teses, dissertações e artigos publicados em revistas científicas cumprem o duplo papel de apresentarem-se tanto como referências bibliográficas quanto como documentos integrantes do *corpus* material. Isso se deve a uma das constatações feitas durante a pesquisa de que pessoas diretamente envolvidas na formulação de políticas públicas, ora desempenham funções na gestão executiva federal, ora participam de movimentos sociais, ora dedicam-se à produção de conhecimento acadêmico e científico. Em sua expressiva maioria, essas pessoas são mulheres que mesclam em suas trajetórias atuações como ativistas, acadêmicas e autoridades públicas. Por conta disso, diversos textos acadêmicos de suas autorias foram aproveitados como documentos, pois traziam análises e informações relevantes para a produção da pesquisa.

---

<sup>14</sup> O “Jornal Fêmea” foi uma publicação periódica do Cfemea (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), coletivo feminista baseado em Brasília, criado em 1989 e ativo até o presente momento. Iniciado em fevereiro de 1992 e finalizado em dezembro de 2014, o Jornal Fêmea contou com 178 edições ao todo, cuja missão consistia em informar os movimentos organizados de mulheres a respeito de propostas referentes às mulheres em tramitação no Congresso Nacional. Vale registrar que na sua última edição, a equipe editorial afirmou a necessidade de descontinuar a publicação em vista da mudança na forma de atuação do coletivo que, a partir de 2015, deixaria de focar no Estado para passar a focar nas ativistas. A coleção completa pode ser encontrada em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea/4595-colecao-femea>.

Entre os registros compilados, constam diversos tipos de documentos, com variados estatutos jurídicos, advindos de múltiplas fontes, articulando diferentes campos do conhecimento, em escala internacional, nacional e local. Todo esse material foi levantado, analisado e relacionado ao longo do caminhar da pesquisa, tendo surgido como demanda por meio dos encontros com os documentos oficiais da PNAISM e da RC. Seu inventariado somente pôde se completar quando a própria investigação destas políticas foi finalizada.

Logo se vê que se trata de um *corpus* material significativamente vasto e composto por elementos heterogêneos entre si. Encontrar meios de transitar por essa diferença e relacionar-se com ela, tornou-se uma habilidade central a ser desenvolvida de modo a atender aos objetivos desta tese. Tal configuração empírica está diretamente conectada ao fato de que, em pesquisas acerca de políticas públicas, o documento oficial da política a ser estudada é somente uma parte de um extenso e sortido arranjo institucional que necessariamente envolve outros documentos, instituições, atores, recursos financeiros e eventos. Estamos confiantes em afirmar que será a convergência peculiar entre todos esses vetores que dará condições para que determinada política pública seja elaborada, promulgada e implementada (ou vetada e “engavetada”), em um dado lugar, a um certo tempo. Sendo assim, apostamos que a concepção metodológica da pesquisa coaduna-se com a concepção de políticas públicas adotada.

O modo de tratar esse volume de material, inspirado na proposta genealógica de Michel Foucault, teve como premissa um acoplamento simétrico entre as diferentes narrativas – documentos oficiais, cartas de movimentos sociais, artigos científicos, anais de eventos, etc. -, de maneira que os saberes descontínuos e locais não fossem subjugados pelos saberes científicos e pelos saberes da lei e do Estado. Em outras palavras, agimos de forma a não submeter os registros a um ato de verificação sob os critérios do discurso científico hegemônico, por um lado, e do discurso jurídico, por outro.

O acoplamento entre os distintos registros, plataformas e vozes que recolhemos tem por intenção multiplicar as perspectivas que se entrelaçam com o advento das políticas públicas de saúde da mulher. Sem a preocupação de fundar inícios ou fins, tateamos o percurso da pesquisa à procura ora de miudezas, a fim de somar uma informação breve a uma cena, ora de faturas, de modo a tecer amplas paisagens. A controvérsia, a complexidade, a descontinuidade, para nós, são bem-vindas. E apostamos que sua circulação pela Saúde Coletiva também pode ser benfazeja. A própria história da saúde pública brasileira mostra que não há nada de simples em se tratando de saúde da mulher. Notadamente, tampouco poderia ser simples a aventura de

empreender uma pesquisa por essas paragens. Portanto, seguimos nessa dança com a complexidade, levando mais perguntas que respostas, mais desassossegos que consensos.

Apesar de termos considerado a possibilidade de realizar entrevistas com pessoas que estiveram próximas ao processo de elaboração das políticas, ao longo do levantamento de material pudemos encontrar registros abundantes a esse respeito em publicações já existentes. As divergências entre falas de agentes do Estado, entre posicionamento de ativistas e coletivos dos movimentos sociais revelam mais do que qual discurso conquistou predominância, pois mostram a diversidade de forças que disputam questões relativas à saúde da mulher nas últimas décadas.

A procura pelo material documental navegou por bases de dados mais formalizadas e tradicionais, entre elas, repositórios de artigos científicos, dissertações e teses, portais *online* do governo federal e bibliotecas digitais de coletivos de movimentos sociais de mulheres e feministas, bem como por campos menos sistematizados, tais como ferramentas abrangentes de busca, eventos da área e *blogs* jornalísticos. As referências bibliográficas mencionadas em artigos, teses e dissertações contribuíram imensamente, ofertando pistas de documentos valiosos, sobretudo aqueles relacionados aos movimentos sociais.

No entanto, o acesso a esses registros provou-se, em inúmeros episódios, ser outro desafio que demandou insistência, paciência e tempo. Uma quantidade significativa de endereços da *internet* já não está mais disponível e diversos coletivos não mantêm documentos dos anos de 1990 e início dos anos 2000 em suas bibliotecas digitais. Quando o contato direto com a organização não resultou em obter o documento desejado, recorremos a uma ferramenta de busca *online* que recupera *sites* que saíram da rede<sup>15</sup>. Esse caminho foi o mesmo que percorremos quando não foi possível acessar documentos oficiais do governo federal.

No segundo caso, notamos que o acesso é dificultado por dois motivos, principalmente. O primeiro por mudanças constantes nas vias de busca dos documentos e nos repositórios aos quais esses ficam vinculados. O segundo motivo se refere ao fechamento completo de portais e, junto disso, à retirada de circulação de todo o tipo de dados ligados aos programas que nesses portais estavam alojados. No capítulo nove detalharemos quais endereços foram finalizados e que conexões essas medidas podem manter com as disputas em torno do sexo e do gênero.

Na escrita da análise privilegiamos o uso dos mesmos termos enunciados nos documentos das políticas investigadas. Essa estratégia faz parte de uma tentativa de perseguir os discursos no campo onde eles ganham vida, acompanhando os fios de sua tessitura, a fim

---

<sup>15</sup> A ferramenta que arquiva e recupera *sites* chama-se “Wayback Machine” e pode ser acessada por meio do seguinte endereço: <https://archive.org/web/>.

de compreender como se conformam. Longe de significar um endosso ou uma reiteração de certo conjunto de ideias, trata-se de dar visibilidade às alianças, divergências e montagens apresentadas pelas normativas. Na esteira de Emily Martin (2006 [1987], p. 50), entendemos que seguir a trilha da linguagem adotada para descrever fenômenos relacionados aos corpos das mulheres justifica-se a medida que “o nível profundo no qual uma gramática assim é formulada e transmitida significa que seus termos não são facilmente esquecidos ou abandonados”. Especialmente nos capítulos oito e nove teremos a oportunidade de problematizar e discutir com mais profundidade alguns termos notadamente sensíveis no que diz respeito ao problema de pesquisa.

Por último, ressaltamos as pequenas biografias semeadas em notas de fim de página ao longo do texto. São breves relatos que trazem informações relativas a formação profissional, ocupação de cargos governamentais, vinculação institucional, produção bibliográfica e ativismo social a respeito de mulheres que têm dedicado energia, afeto e tempo a imaginar outros mundos possíveis e a experimentar construí-los. Operando como um recurso analítico, as biografias ajudam a explicitar a circulação de pessoas que no campo de saúde da mulher permeiam espaços do Estado, da sociedade civil organizada e da Academia. Elas estão presentes, seja disputando financiamento público para suas pesquisas; assumindo cargos públicos nas diferentes esferas de governo para avançar a agenda de movimentos sociais; investindo na produção de conhecimento para subsidiar políticas; representando o Brasil em conferências internacionais; pressionando parlamentares; e elaborando relatórios para o judiciário, entre outros. É também uma homenagem ao esforço aguerrido na luta por vidas mais vivíveis, especialmente na área da saúde. A cada brecha duramente cavada, a cada torção nas amarras, a cada ampliação das formas de ser, estar e fazer mundo e a toda pluralidade que implode qualquer ideal de pureza, damos graças.

**Quadro 1: Síntese dos elementos textuais do documento da PNAISM**

<b>Ano de publicação</b>	2004
<b>Ministro da Saúde</b>	Humberto Costa
<b>Responsável técnica ATSM</b>	Maria José de Oliveira Araújo
<b>Autoria</b>	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher.
<b>Número de páginas</b>	82
<b>Títulos dos capítulos</b>	Introdução
	Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero
	Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher
	Situação Sociodemográfica
	Breve Diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil
	Humanização e Qualidade: Princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
	Diretrizes da PNAISM
	Objetivos Gerais da PNAISM
	Objetivos Específicos e Estratégias da PNAISM
	Referências Bibliográficas
	Parcerias
<b>Diretrizes</b>	1- Garantia do direito à saúde e da atenção integral à saúde das mulheres no SUS.
	2- Atingir mulheres em todos ciclos de vida, faixas etárias e subgrupos.
	3- Incorporação da perspectiva de gênero, raça e etnia.
	4- Estabelecer uma dinâmica inclusiva para atender demandas emergentes e demandas antigas.
	5- Criação e ampliar as condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, no âmbito do SUS e em parceria com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.
	6- Atenção integral refere-se a ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, da atenção básica à alta complexidade.
	7- Garantia da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços.
	8- Percepção ampliada do contexto de vida da mulher, de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.
	9- Respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais.
	10- Efetivar o princípio da humanização nas práticas de saúde, reforçando o direito à saúde das mulheres.



	11- Participação da sociedade civil organizada no processo de elaboração, execução e avaliação da PNAISM.
	12- Melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.
	13- Pactuação das ações entre todos os níveis hierárquicos.
	14- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais.
<b>Objetivos gerais</b>	1- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras.
	2- Redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil.
	3- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.
<b>Objetivos específicos</b>	1- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica.
	2- Estimular execução do planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes.
	3- Promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento.
	4- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
	5- Promover a prevenção e o controle das DSTs e da infecção pelo HIV/AIDS.
	6- Reduzir a morbimortalidade por câncer.
	7- Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.
	8- Implantar a atenção à saúde da mulher no climatério.
	9- Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade.
	10- Promover a atenção à saúde da mulher negra.
	11- Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
	12- Promover a atenção à saúde da mulher indígena.
	13- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão.
	14- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de saúde das mulheres.

**Quadro 2: Síntese dos elementos textuais do documento da Rede Cegonha**

<b>Ano de publicação</b>	2011
<b>Ministro da Saúde</b>	Alexandre Padilha
<b>Responsável técnica ATSM</b>	Esther Vilela
<b>Autoria</b>	Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.
<b>Número de páginas</b>	9
<b>Temas dos Artigos</b>	1- Descrição da Rede Cegonha.
	2- Princípios.
	3- Objetivos.
	4- Diretrizes.
	5- Implementação.
	6- Componentes de organização.
	7- Ações de cada componente.
	8- Fases de operacionalização.
	9- Responsabilidade dos entes federativos.
	10- Recursos financeiros do Ministério da Saúde.
	11- Pactuação do financiamento.
	12- Responsável pela coordenação.
	13- Pactuação do financiamento.
	14- Entrada em vigor.
<b>Diretrizes</b>	1- Garantia de acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.
	2- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
	3- Garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.
	4- Garantia da atenção à saúde das crianças até dois anos com qualidade e resolutividade.
	5- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.
<b>Objetivos gerais</b>	1- Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança até 2 anos de idade.
	2- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade.
	3- Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

### **Capítulo 3 - Sobre alguns antecedentes das políticas públicas de saúde da mulher dos anos 2000**

Um breve panorama histórico sobre alguns marcos das políticas nacionais de saúde voltadas para mulheres no século XX se faz necessário na nossa aproximação do campo delineado pelo problema de pesquisa. Encontrar com alguns dos antecedentes das políticas dos anos 2000 pode contribuir para contextualizar os acontecimentos recentes, iluminando questões a serem tratadas doravante em nossa análise. As medidas governamentais elencadas nessa passagem não receberam o mesmo tratamento analítico que dedicamos à PNAISM e à Rede Cegonha.

No Brasil, ao longo do século XX, a primeira política pública que traria em seu título a expressão “saúde da mulher” emergiria nos anos de 1980, sob o nome de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Antes disso, porém, ainda nas primeiras décadas do século passado, medidas relativas à saúde da mulher, sobretudo de cunho materno infantilista<sup>16</sup>, já contavam entre políticas nacionais de saúde<sup>17</sup>. As décadas de 1930, 1950 e 1970 marcam a elaboração de programas materno-infantis de abrangência nacional, cujas metas, definidas no nível central do governo federal sem embasamento em um diagnóstico de situação de saúde local, sobrepunham-se às distintas realidades regionais (BRASIL, 2007a).

Conforme relatam Wilza Villela e Simone Monteiro (2005), na primeira metade do século passado, as medidas de saúde que incluíam mulheres priorizavam ações educativas no âmbito da higiene e da puericultura, com objetivo de garantir a sobrevivência das crianças. A partir da segunda metade dos 1900, outras intervenções destinadas às mulheres passam a integrar os serviços de saúde. Doravante, a preocupação com o sucesso da gestação seria responsável por conformar práticas de atenção ao pré-natal, reconhecendo a mulher como o “receptáculo da futura criança” (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p. 14). Somente nos anos de 1980 surgiria, no corpo de uma política pública de saúde, uma perspectiva que aludisse à mulher fora do ciclo gravídico-puerperal e do manejo de contracepção.

---

<sup>16</sup> Materno infantilismo é um termo utilizado para se referir a uma versão reduzida, essencialista e conservadora da saúde materna. Os primeiros registros acadêmicos de seu aparecimento encontrados são: Costa (1999) e Diniz (2001).

<sup>17</sup> Vale registrar que a literatura especializada da Saúde Coletiva na área de saúde da mulher tem entendido que programas de saúde materno-infantil, bem como programas de planejamento reprodutivo/familiar, integram o escopo do conjunto de saúde da mulher. Seguiremos com a utilização dessa mesma classificação e nomenclatura, embora isso não signifique que naturalizamos essa configuração. Nas seções em que analisamos as políticas e discutimos algumas de suas problemáticas, teremos oportunidade de tecer mais comentários acerca da associação direta entre saúde da mulher e ações de saúde materno-infantil e de planejamento reprodutivo.

Para além da atenção à gestação, ao parto e à criança recém-nascida, será em meados dos anos de 1970 que outra frente de ações em saúde da mulher ganhará contornos de política nacional: o planejamento familiar. Inserido no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI) de 1975, o planejamento familiar representava uma ampliação do escopo das medidas federais direcionadas às mulheres, embora estivesse alocado somente nas ações relacionadas ao puerpério e se caracterizasse por ser uma proposta verticalizada (BRASIL, 1975).

Mesmo com sua proposta restrita, o planejamento familiar contido no PMI não foi implementado por ter sido considerado impróprio por setores conservadores da sociedade, principalmente aqueles ligados ao cristianismo, representando a Igreja Católica (FONSECA SOBRINHO, 1993). Embora tenha sido oficialmente integrado às diretrizes da saúde no âmbito federal do governo nessa ocasião, o planejamento familiar esteve associado a ações de caráter de controle da reprodução, informando um conjunto de intervenções sistemáticas em parte significativa da população brasileira feminina desde a década anterior.

Ao apresentar um quadro da saúde da mulher no Brasil do início de 1970 até 1984, Ana Maria Canesqui (1984) relata que o declínio da economia que avançava à época no país em conjunto com as interpretações oficiais que dele foram feitas, levaram à criação de políticas de controle populacionais com objetivo de dirimir a pobreza. Entre as medidas adotadas, destacam-se: política migratória, de proteção à infância e de investimento nas ações de planejamento familiar, pré-natal e amamentação. No final dos anos de 1970 e início dos 1980, o governo federal assume oficialmente, pela primeira vez, uma postura que defenderia a contenção da taxa de crescimento demográfico como parte da estratégia de desenvolvimento econômico (FONSECA SOBRINHO, 1993). O meio estabelecido para atingir esse objetivo seria a regulação da fecundidade da população, através do controle do corpo feminino, todavia o discurso oficial do governo era de que o livre-arbítrio das pessoas era soberano no que dizia respeito à procriação.

Se os cuidados com a mulher ganharam contorno institucional no âmbito estatal, ao longo do século passado, isso se deu, sobretudo, à medida que ela se encontrava gestante, ou no exercício do papel de mãe de recém-nascido e criança. Isto é, tomando a mulher como uma agente da reprodução por excelência. Em um segundo momento, o que veremos é o encaminhamento de ações para a mulher com vistas a modular sua fertilidade. Apesar de não haver uma política oficial explícita a respeito da natalidade no Brasil até meados dos anos de 1970, estudos demonstram que o país assumia, em geral, uma postura pró-natalista (ALVES, 2006; FONSECA SOBRINHO, 1993).

Seja por conta dos altos índices de mortalidade, da exortação à ocupação do território nacional, ou das necessidades do mercado interno, o Brasil dispôs de diversos mecanismos de estímulo à reprodução, como os incentivos fiscais a casais com filhos, criados na década de 1930, por exemplo (ALVES, 2006). Embora houvesse oferta de atenção à gestação e a reprodução fosse estimulada pela esfera federal do governo, importa registrar os signos racistas, classicistas e eugenistas sob os quais esses empreendimentos foram (e ainda são) levados a cabo na cena brasileira. Isso pois, no que concerne ao acompanhamento pré-natal, são muitos os dados que apontam acesso desigual a esses serviços por mulheres racializadas e pobres; ao passo que em termos de estímulo à reprodução, nota-se a prática de discriminação a partir da noção de que haveria tipos de mulheres considerados mais adequados a gerar descendência do que outros (CARNEIRO, 2003; OLIVEIRA, 1999, 2003; SILVA, GARCIA, 2019).

De acordo com Elisabeth Vieira (2002), no que diz respeito ao manejo da fertilidade, o século XX é marcado por um investimento inédito das ciências da saúde na regulação do corpo feminino, com o desenvolvimento de diversos métodos contraceptivos de uso exclusivo pelas mulheres. Dentre os distintos métodos em circulação, sobressaem-se a esterilização feminina (laqueadura tubária) e a pílula anticoncepcional, sendo esta última promovida, essencialmente, por organizações não-governamentais – em parceria com agências financiadoras internacionais - e pelo mercado varejista (estabelecimentos farmacêuticos). Sendo assim, ainda que até a instituição do PMI não houvesse uma política pública manifesta que enunciasse ações relacionadas ao planejamento familiar, podemos concluir que intervenções nesse âmbito ocorriam regularmente. Em outras palavras, a ausência de um posicionamento explícito e formal do governo federal não significou a ausência de diferentes níveis de regulação da fertilidade das mulheres.

No período mencionado, o país estava sob o governo de uma ditadura civil-militar que fora instalada em 1964 e duraria até 1985, estabelecendo um regime violento, autoritário e marcado, na área da saúde, por desvios de recursos, hospitalocentrismo e níveis críticos nos indicadores de saúde (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; MELLO, 2007). A emergência de um descontentamento com os resultados da política adotada pelo regime civil-militar levou, entre outras coisas, à articulação de setores da sociedade em prol da transformação da realidade política, social e econômica do país, entre os quais, o movimento da Reforma Sanitária: movimento de estudantes, professores universitários, pesquisadores e

profissionais da saúde e setores populares dispostos a debater os problemas sanitários e a propor estratégias de enfrentamento, bem como novos paradigmas para a saúde<sup>18</sup>.

A publicação de estudos que analisaram a situação de saúde, na década de 1970, denunciava a falta de acesso e a elitização dos serviços assistenciais ao mostrar uma cena onde graves doenças acometiam a população em números exponenciais. O desequilíbrio entre a economia e a promoção efetiva de saúde ganhou, no âmbito do governo, a explicação de que seria advindo da taxa de natalidade e do crescimento populacional para os quais, portanto, a solução residiria em incrementar o controle sobre a reprodução. É em meio a essa conjuntura que, em 1975, o PMI institui-se com vistas a reduzir os índices de mortalidade e de morbidade de mulheres e crianças, dirigindo recursos financeiros e proposições para o acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério, assim como o combate à desnutrição materna e infantil.

A Coordenação de Proteção Materno-Infantil, instituída em 1970 no âmbito da Secretaria de Assistência Médica, foi o órgão responsável pela proposta do PMI e, a partir de 1976, passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, sendo a referência pela assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente. Situado dentro do regime da ditadura militar, o PMI não contou com participação de movimentos sociais em sua arquitetura e refletiu no bojo de sua proposta o modelo de assistência médico privatista vigente à época. No que diz respeito às ações direcionadas para a saúde da mulher, o PMI mostrava-se centralizado na atenção médica individual intervencionista sobre o corpo feminino – especialmente no ciclo gestacional (SANTOS NETO; ALVES; ZORZAL; LIMA, 2008). No mesmo período, outras ações direcionadas às mulheres pelo MS concerniam à atenção ao câncer de colo e de mama e às doenças sexualmente transmissíveis no âmbito da dermatologia sanitária.

A preocupação com a mulher restrita ao ciclo da gravidez e da anticoncepção é responsável naquele momento, portanto, por inaugurar não somente uma política de saúde, mas também uma institucionalidade na saúde vinculada à mulher através da Divisão Nacional. Os termos nos quais tais programas foram elaborados integraram parte importante das críticas aos serviços de saúde ofertados à população durante os anos de 1970 e início de 1980. A luta pela redemocratização do país aglutinou uma série de diferentes movimentos sociais, como o de estudantes, operários, mulheres e da Reforma Sanitária, tensionando o regime autoritário e conquistando importantes espaços, mesmo ainda sob a ditadura. Entre as conquistas alcançadas, encontra-se a participação de representantes de movimentos sociais na construção

---

<sup>18</sup> Para saber mais sobre o movimento da Reforma Sanitária, conferir: PAIM, 2008.

de políticas públicas de saúde, inclusive aquelas destinadas às mulheres (CARIGNATO, 2007; CONCEIÇÃO, 2020).

O movimento feminista ao trazer a dimensão do privado para a esfera pública, afirmando que as relações são sociais e também políticas, coloca em cena as desigualdades entre homens e mulheres desde uma perspectiva do âmbito familiar e doméstico até as relações no espaço público, ao desnaturalizar os papéis tradicionalmente conferidos à mulher e ao homem. Ao dar visibilidade às questões de sexualidade, às dificuldades envolvidas no acesso e manejo de contracepção e na vulnerabilidade referente às infecções sexualmente transmissíveis, os movimentos feministas e de mulheres traçam uma relação que conecta a desigualdade entre homens e mulheres e o processo de saúde e doença. Por conta disso, é possível afirmar, em conjunto com Jairnilson Paim (2008) e Lucirene Carignato (2007), que na experiência brasileira a luta por uma saúde universal, democrática e equitativa foi composta e investida também por esses coletivos de mulheres e de feministas em busca de direitos e melhores condições de vida.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, foi promulgado com o compromisso de institucionalizar algumas das pautas da agenda dos movimentos sociais, anunciando uma abordagem ampliada da saúde da mulher, para além de concepção e contracepção (BRASIL, 1984). Se as políticas de saúde anteriores eram situadas dentro da chave materno-infantil, voltadas a “intervir sobre os corpos das mulheres-mães de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social” (OSIS, 1998, p. 26), o PAISM apresentava o grande diferencial de basear-se no conceito de integralidade na atenção à saúde das mulheres. De acordo com Ana Maria Costa (2013), ativista feminista e uma das responsáveis por formular a política, o PAISM estabeleceu-se como um marco inicial da luta de movimentos feministas para se desvencilharem das concepções materno-infantilistas na saúde da mulher no âmbito do Estado.

Elaborado por uma comissão que reunia representantes do MS, feministas, sanitaristas e pesquisadores, o PAISM concebia a mulher como um ser complexo não passível de ser tratado tão-somente a partir de sua capacidade reprodutiva, localizando a mulher também como membro da força de trabalho e integrante fundamental do núcleo familiar (BRASIL, 1984). A definição de princípios e diretrizes contida na política pretendia conduzir todas as intervenções destinadas às mulheres nos serviços de saúde, uma vez que constava em seu texto: a adoção da perspectiva da integralidade em todo tipo de atendimento; o controle das doenças mais prevalentes entre as mulheres; e práticas de educação em saúde e de

planejamento familiar. O conceito de integralidade apresenta-se, portanto, articulando a organização dos eixos estratégicos de implementação e estabelecendo a execução de ações educativas em conjunto com as de promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde.

As ações educativas miravam transformar a relação entre profissionais de saúde e mulheres usuárias dos serviços a partir da problematização da desigualdade nas relações de poder entre mulheres e homens e também implicava em promover o autocuidado de mulheres, por meio do incentivo à apropriação de seus corpos (COSTA, 1999). Uma das marcas diretas da presença da perspectiva feminista na elaboração do PAISM, tal proposição coaduna-se com a busca por fortalecimento da autonomia das mulheres sobre si mesmas, questionando o papel assumido pelo Estado na regulação da fecundidade feminina.

A crítica ao paradigma hegemônico de medicina estava presente no corpo do PAISM, por meio da denúncia da medicalização dos corpos femininos e do modelo de atenção à saúde centrado na figura do médico. A problematização de certas posições de autoridade e hierarquia indicava a desigualdade de poder existente em relações como as de profissional de saúde e paciente, esposa e marido, entre outras, em um esforço de aproximar o debate político das questões que implicavam a saúde das mulheres (DINIZ, 2011).

O profundo caráter político do PAISM e dos movimentos sociais que o subsidiaram pode ser visto também na condução das ações educativas que a política disparou. Nessa ocasião, um conjunto de cartilhas, folhetos e manuais foi produzida em parceria de diversas entidades, entre elas: Fundação Carlos Chagas, Clube de Mães de Diadema<sup>19</sup>, SOS Corpo, Instituto de Ação Cultural, e Ministério da Saúde. Abordando temas de saúde - como contracepção, gestação, sexualidade e parto - e de relações de gênero, classe e etnia, esse material educativo tinha como finalidade “disseminar e ampliar a legitimidade do conhecimento técnico científico e, por outro lado, questioná-lo, ampliando as bases para a presença da mulher e para o fortalecimento de sua autodeterminação” (D’OLIVEIRA, 1999, p. 113).

Entre o conteúdo do material também constavam orientações para as mulheres realizarem auto-exame ginecológico, discussões sobre sexo e prazer e sobre educação dos filhos. O uso de recursos como imagens fotográficas de corpos femininos nus, a abordagem direta em relação ao sexo e a problematização da maternidade como o destino das mulheres

---

<sup>19</sup> O Clube de Mães de Diadema é um coletivo de mulheres de baixa renda, dedicadas ao trabalho doméstico e ao cuidado dos filhos da cidade de Diadema, na região metropolitana de São Paulo – SP. Organizado de forma autônoma em relação à Igreja Católica e ao Estado, o Clube de Mães de Diadema elaborou em conjunto com pesquisadoras da Fundação Carlos Chagas, em 1982, algumas das cartilhas educativas de saúde que seriam utilizadas pelo PAISM. Cf. BRUSCHINI, BARROSO, SIMONETTI, VIEIRA, 1983.



tinham como um de seus intuitos combater a moralização com a qual a mulher, seu corpo e seu prazer são tratados. A força disruptiva de tal iniciativa pode ser verificada no fato de uma das séries educativas, chamada “Esse sexo que é nosso”, produzida pela Fundação Carlos Chagas em parceria com o Clube de Mães de Diadema, ter sido recolhida pelo próprio MS após sua impressão, ou seja, esse material foi censurado (D’OLIVEIRA, 1999).

É nesse sentido que Sonia Corrêa (1993) entende que as teses feministas levaram contribuições relevantes e inovadoras para a cena política nacional na experiência do PAISM, demandando inflexões na definição de sujeito político e de política pública, sobretudo quando se considera o processo de redemocratização. As reações favoráveis ao PAISM por diversos setores do movimento feminista, logo em sua promulgação, falam do reconhecimento de sua importância enquanto uma ferramenta advinda da articulação entre mobilização social e Estado para o combate às desigualdades sociais. Uma vez que as críticas feministas às práticas de saúde da mulher eram acompanhadas pela demanda por uma ampla mudança no modelo assistencial de saúde, o PAISM guarda uma associação forte - e que se mostraria duradoura no ideário ativista - entre direito à saúde, democracia e movimentos sociais feministas.

Contudo, ainda que a atenção integral figure como um progresso no que se refere às políticas públicas de saúde para mulheres restritas à gestação, Maria José Osis (1998, p. 26) aponta que o PAISM recebeu diversas críticas, pois o conjunto de seus objetivos específicos deixava a ver uma priorização nas questões de saúde relativas às atividades reprodutivas das mulheres. Outro ponto visto como frágil na proposta era a ausência do homem nas ações de controle de fecundidade, reforçando a ideia de que esse tema era de responsabilidade apenas feminina. Além disso, um obstáculo enfrentado pelo PAISM, logo em seu lançamento, foi um clima de desconfiança que dizia respeito às suspeitas de que a política se prestava a ser uma fachada para que o governo federal pudesse manipular a natalidade de acordo com seus interesses - o que indica a efervescência do debate a respeito do manejo da fecundidade à época.

O I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, realizado em Itapeverica da Serra (SP), em 1984, demonstra o forte significado que a integralidade como paradigma para a atenção à saúde da mulher detinha entre integrantes dos movimentos sociais de mulheres, feministas e pela Reforma Sanitária. Organizado por trabalhadoras da saúde de diversas regiões brasileiras, o I Encontro produziu um documento público, chamado Carta de Itapeverica, no qual apresentava críticas e propostas de mudanças relativas ao modelo político, social e econômico do país, ao sistema de saúde e à desigualdade entre mulheres e homens. Trata-se do primeiro documento

público redigido pela sociedade civil a apresentar (e defender) o conceito de integralidade na saúde da mulher (SILVEIRA, PAIM, ADRIÃO, 2019).

A Carta de Itapecerica denuncia a desigualdade social no Brasil que se manifesta em barreiras de acesso a trabalho, saúde, terra, alimentação, habitação, lazer e prazer (CARTA DE ITAPECERICA, 1984). A discriminação social, sexual e racial é apontada como parte desse sistema desigual que inviabiliza condições dignas de vida para a maior parte da população. No que se refere à saúde, a Carta argumenta que a medicalização e a privatização do setor têm afetado a qualidade da assistência e, especificamente em relação à mulher, a crítica é de que esta é tratada meramente como uma reprodutora, o que revela o “caráter tecnocrático, desumanizante e machista de nosso sistema sócio-político, econômico e de saúde”.

Em termos de propostas, o documento se dispõe a conceitualizar saúde e a defender, no que toca às mulheres, a noção de integralidade. Abarcando todos os ciclos de vida, a Carta (1984) exige a inclusão de questões de saúde para além das reprodutivas e ginecológicas, como saúde mental e doenças clínicas comuns, com atenção para processos de adoecimento ligados à “inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e /ou dona de casa”. Entre pontos que demandam transformação, o documento elenca: educação sexual para toda a população que rompa com papéis estereotipados; revisão dos códigos de ética de medicina e enfermagem no que se refere à saúde da mulher; e combate à discriminação de grupos marginalizados, entre os quais lésbicas, “índias”, negras, prostitutas, “presidiárias”, “deficientes físicas e mentais” e “menores institucionalizadas”.

A implantação do PAISM acompanhada por fortalecimento da participação popular, realização de diagnósticos de situação de saúde, destinação apropriada de verbas públicas e incorporação do ponto de vista da mulher nas práticas de saúde estão entre as principais estratégias para consolidar uma atenção à saúde mais democrática e mais afinada à realidade das pessoas. Por fim, reafirma-se a autonomia e a independência do movimento de mulheres e indica-se que a Carta é destinada à população em geral, a todas as instâncias de governo e, especialmente, às mulheres.

Diante do acima exposto, é possível identificar que os debates que culminaram na redação da Carta de Itapecerica problematizavam um amplo conjunto de temas, para além do que poderia ser visto como a questão isolada da saúde da mulher. Ao costurar o regime político, a desigualdade social e os variados tipos de discriminação às condições de saúde, o conteúdo da Carta afirma a necessidade de uma transformação radical no modo de vida, reverberando discursos em circulação por diferentes movimentos à época – como o sanitarista, por exemplo.

O argumento em prol do PAISM, da participação social e da consideração das diversidades regionais na implantação de ações em saúde indica a presença de valores que integrariam, anos adiante, a constituição do Sistema Único de Saúde. A crítica à medicalização do corpo feminino e a consideração das diferenças entre as mulheres são afirmações que colocam o conteúdo da Carta na vanguarda dos movimentos sociais, bem como dos Estados, enunciando problemas complexos dez anos antes da Conferência do Cairo e do estabelecimento internacional da perspectiva de gênero na gramática das políticas governamentais.

De acordo com Augusta Alvarenga e Néia Schor (1998), a entrada das ações referentes ao planejamento familiar no escopo das práticas de saúde nos anos de 1980 compõe um cenário de disputa interna dos órgãos governamentais. De um lado, estava a Secretaria de Segurança Nacional interessada em desenvolver um projeto de controle populacional, a incidir especialmente sobre a parcela mais pobre da população; e, de outro, situava-se o Ministério da Saúde em um esforço de aumentar o espectro de ações voltadas às mulheres e de legitimar sua autoridade institucional nessa temática. Na tensão pela busca de legitimidade na execução de ações de planejamento familiar ou de controle de natalidade, ilustrada pelo episódio acima descrito, o que se pode apreender é a permanência da figura da mulher e de seu corpo como alvo de intervenções.

A simultaneidade da construção de projetos de lei e de programas de naturezas diferentes dentro do âmbito do governo faz ver também a complexa tessitura da história, onde o jogo de forças que dá condições de possibilidade das coisas existirem é composto por vetores não reconciliados, apontando muitas vezes em direções opostas. Isso nos ajuda a compreender o campo do qual vamos nos aproximando como um território vivo, não reconciliado, em que se algum discurso alcançou o *status* de normativa legal não o fez por portar alguma verdade essencial, mas sim por poder construir esse lugar de verdade na trama das relações de poder.

A importância do PAISM deve-se também ao caráter democrático com o qual foi construído e com o qual, após sua divulgação, é recebido entre os grupos atuantes seja nos movimentos feministas, seja naqueles de saúde. A política tornou-se uma referência de ferramenta jurídica na interface entre direitos e saúde das mulheres, inspirando, por meio de suas bases conceituais, outros movimentos sociais (COSTA, 1999). O fato de ser desenhado em um período de transição de um regime autoritário para um governo democrático coloca o PAISM em uma atmosfera política e social muito específica, que o atravessa desde a sua formulação até sua recepção pelas ativistas feministas, fomentando de modo significativo o

movimento da Reforma Sanitária. Conforme assinalado por Patrícia Medeiros (2008, p. 24) “o programa é anterior à conformação do Sistema Único de Saúde, e as diretrizes que ele operacionaliza estariam ligadas ao movimento de instituição desse campo de saúde da mulher e do próprio SUS”, uma vez que concebe e operacionaliza o conceito de integralidade.

Os esforços para a promoção e implantação do PAISM encontraram muitos obstáculos dentro e fora dos quadros de governo, de modo que a política não logrou ser plenamente efetivada (CORRÊA, 1993; COSTA, 2013; VILLELA, MONTEIRO, 2005). O PAISM sofreu baixas implementação e cobertura nas esferas estaduais e municipais, alcançando um percentual pequeno da população alvo, mesmo no tocante a metas mais bem estabelecidas historicamente como a redução da mortalidade materna. Contribuiu para a debilidade da efetivação do Programa a tendência privatista, individualizante e hospitalocêntrica do modelo de atenção à saúde hegemônico no país, que não fora completamente abandonado com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Ademais, setores da sociedade civil, nomeadamente a Igreja Católica e associações de ginecologistas, discordavam de muitos dos termos que sustentavam as propostas do PAISM e passaram a pressionar governantes para que a política fosse esvaziada (COSTA, 2013). Ao analisar a perda de força do PAISM, Margareth Arilha e Elza Berquó (2009, p. 84) chamam a atenção para o contexto político, histórico e social no qual o Programa se insere, assinalando que

ter um ideário democrático não era suficiente e que a construção de igualdade pela execução de políticas públicas exigiria atenção também sobre as políticas econômicas e sobre a dificuldade de transformação das matrizes culturais implementadas em todos os campos sociais.

Por fim, a última normativa que elencamos antes da virada do século consiste na Lei n. 9.263 do Planejamento Familiar, de 1996, cujo corpo versava, entre outras coisas, sobre a inclusão do homem nas ações de planejamento familiar e afirmava que o direito de regulação da fecundidade pertence às pessoas, tirando do centro do discurso o controle da natalidade de forma verticalizada pelo Estado (BRASIL, 1996). Através dessa legislação, os movimentos sociais lograram incluir no regulamento jurídico estatal a afirmação de que nenhuma ação de planejamento familiar deveria estar vinculada a metas demográficas. Ao inscrever as ações de planejamento familiar nos termos dos direitos da mulher, do homem e do casal, a Lei n. 9.263 reafirma o papel do SUS em executar a atenção às demandas por contracepção tendo em vista a autonomia das pessoas (COSTA, BAHIA, CONTE, 2007; VIEIRA, 2003). Considerando, ainda, a previsão de medidas preventivas e educativas, compreendemos que tal regulamentação dialogou com o marco da integralidade na atenção à saúde da mulher.

O acesso aos métodos contraceptivos estava em pauta nos anos que circundaram a Lei do Planejamento Familiar, pois, conforme os dados apresentados por Sonia Corrêa e Maria Betânia Ávila (2003), o setor privado era o maior responsável pelo fornecimento de anticoncepcionais em comprimidos e injetáveis, dispositivos intrauterinos (DIUs), camisinhas e pela realização de vasectomias; ao passo que o setor público tomava a dianteira em relação à laqueadura, constituindo-a, portanto, no método mais oferecido pela rede pública de serviços de saúde. Tais dados colocavam em xeque a efetiva implantação do SUS no território nacional, além de dispararem um debate a respeito da desigualdade com a qual se acessava o planejamento familiar.

O direito à autonomia e à autodeterminação reprodutiva, incorporados parcialmente pela Lei do Planejamento Familiar, advinha da agenda feminista dos movimentos sociais brasileiros e também do acordo firmado pelo país na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Cairo, em 1994. A CIPD de 1994, conhecida como Reunião do Cairo, representa, segundo Elisabeth Vieira (2003, p. 156), um papel significativo na própria condição de possibilidade de proposição da Lei do Planejamento Familiar, uma vez que foi na Conferência onde se cunhou o termo “direitos reprodutivos” no âmbito dos direitos humanos e ficou estabelecido que a “coerção, os incentivos ou desestímulos [a ter ou não filhos] são contrários aos princípios dos direitos reprodutivos”.

Na Reunião do Cairo afirmou-se também que, no que concerne à desigualdade entre mulheres e homens, haveria mais a ser feito do que apenas oferecer métodos contraceptivos, pois se postulou a necessidade da construção de políticas amplas, elaboradas em diálogo com a perspectiva de gênero, para além da área da saúde. A CIPD tinha um extenso rol de temas a ser percorrido, cujo conteúdo não se limitava à saúde, abarcando questões de imigração, sustentabilidade, desenvolvimento econômico, envelhecimento, qualidade de vida, entre outras. Sua relevância não se restringe à saúde reprodutiva, pois, antes do Cairo, as Conferências centravam seus esforços em analisar os obstáculos que o crescimento populacional apresentava para o desenvolvimento econômico nos países. A CIPD do Cairo representa a primeira vez em que tal paradigma sofre uma inflexão, a partir especialmente da penetração do discurso dos direitos humanos. Nesse sentido, o Programa de Ação do Cairo visa estabelecer em que termos se dará a inteligibilidade de dados demográficos.

Embora o acordo não guardasse implicações jurídicas para os governos signatários, tinha a pretensão de informar políticas públicas globalmente, sobretudo nos países considerados

em desenvolvimento. Nele estava contido, entre outras coisas, o conceito de saúde reprodutiva elaborado pelas delegações dos países participantes, durante os encontros da Conferência. Formulados sob embates acirrados, alguns dos conceitos elencados no Programa do Cairo nos lembram de que os espaços das Conferências são conformados por uma variedade de interesses em busca de legitimação e hegemonia, operando traduções, deslocamentos e, muitas vezes, concessões nos processos de negociação. Vale registrar que nos arranjos produzidos ao longo da Reunião do Cairo não foi possível incluir integralmente o aborto como parte do conjunto dos direitos reprodutivos, devido à recusa de países de posições conservadoras, especialmente aqueles de forte influência do islamismo e do cristianismo.

Foi no contexto dos debates dessa Conferência em que também se fortaleceu a desvinculação das ações do planejamento familiar à preocupação com a questão demográfica e que se pautou as relações de gênero, raça/etnia e imigração no cenário da saúde reprodutiva. De acordo com Margareth Arilha e Elza Berquó (2009), a CIPD constituiu-se como um importante marco não só para os movimentos de mulheres na busca por garantia de direitos, mas para a própria história das conferências das Nações Unidas, pois enfrentou os paradigmas até então hegemônicos referentes à sexualidade e o direito à escolha de mulheres e homens em relação a sua fecundidade, bem como ao tratamento a ser dado para as questões demográficas.

A CIPD se deu por meio de um processo que envolveu representantes de 179 países em reuniões preparatórias para o encontro, realizadas ao longo dos três anos anteriores ao evento de 1994, com objetivo de estabelecer o diálogo e avançar nas pautas elencadas. Também após a reunião, os encontros se desdobraram, visando o acompanhamento e fortalecimento dos acordos firmados no Programa de Ação. Desse modo, é possível de se compreender a CIPD como espaço de debate - e também embate - de diferentes concepções de direito, sexo, saúde, economia, globalização, entre distintos países ao longo de um período significativo<sup>20</sup>. O caso do Brasil no contexto da Conferência do Cairo é singular porque àquela data o país era um dos únicos Estados que já contava com ações ampliadas voltadas à saúde da mulher inscritas na política pública. Nesse sentido, contando com a experiência do PAISM, que à época somava onze anos de desenvolvimento, mais a participação de representantes dos movimentos feministas, o Brasil pôde contribuir com esse acúmulo e tensionar temáticas sensíveis no encontro.

---

<sup>20</sup> É importante sinalizar que as Conferências não resultam apenas dos esforços de organismos internacionais, visto que seus produtos são construídos ao longo de reuniões de trabalho entre as delegações dos diferentes países participantes. Muitas dessas delegações, inclusive, são formadas por representantes do ativismo social, da política partidária e de instituições religiosas.

Outro marco no cenário global dos direitos das mulheres é a IV Conferência sobre a Mulher em Pequim, realizada em 1995, conhecida como Conferência de Beijing. Organizada pela ONU, somente um ano após o Cairo, essa reunião traz em sua agenda o trabalho de definir o conceito de gênero e suas implicações para todas as esferas da vida. Largamente discutido por movimentos feministas, o conceito de gênero acende debates intensos na Conferência de Beijing, sinalizando disputas que polarizavam países mais conservadores - que advogavam pela manutenção do papel tradicionalmente conferido à mulher - e países que vinham de uma experiência de enfrentamento da desigualdade entre homens e mulheres, como o Brasil, que se posicionavam a favor dos direitos sexuais das mulheres (MACHADO, 1995).

A pauta de Pequim, diferente da Conferência do Cairo, residia unicamente em temas a respeito da mulher. Sua Plataforma de Ação, assim como a do Cairo, tinha o objetivo de induzir e direcionar políticas destinadas às mulheres e ao combate da desigualdade de gênero ao redor do mundo. Mobilizada para debater e estabelecer princípios e diretrizes para políticas voltadas para mulheres, a Reunião de Beijing associou os direitos das mulheres aos direitos humanos, determinando que o conceito de gênero, mais do que a evocação de mulheres, deveria ser considerado como ferramenta no âmbito da política internacional.

O desafio de estabelecer uma definição única de gênero é possível de ser observado no próprio documento da Plataforma de Ação de Beijing, uma vez que diversos termos e expressões são apresentados entre colchetes, aspas ou seguidos de um asterisco. O uso dos recursos tipográficos sinaliza, desde uma marca visual, um certo teor de suspensão (e suspeição) dos conceitos e dos campos problemáticos acionados por eles. Ademais de gênero, também resta hesitação nesse documento sobre: equidade; aborto; sexualidade e educação; crítica ao modelo econômico de países industrializados; e o papel da mulher na família (ABRAMOVAY, 1995). Se por um lado, tal configuração oferece um vislumbre da intensidade das disputas em torno de ideias chave ao longo dos trabalhos na Conferência, por outro, dá o tom do desafio em criar estratégias capazes de executar localmente as metas propostas por um acordo transnacional. Afinal, o que se esperava de Beijing era “não somente a libertação dos colchetes, mas que exista um compromisso sério e definitivo de por um fim nas desigualdades existentes” (ABRAMOVAY, 1995, p. 218).

Perante o acima exposto, entendemos que as Reuniões de Cairo e Beijing puderam contribuir para o esforço de movimentos feministas de levar a reprodução e a sexualidade para o território da saúde e dos direitos humanos, produzindo uma articulação que influenciaria os destinos das políticas de saúde da mulher na década seguinte. Além disso,

identificamos uma relação de cruzamento e retroalimentação entre as dimensões nacional e internacional no que diz respeito aos direitos das mulheres, uma vez que experiências locais informaram os trabalhos nas Conferências, e que os acordos provenientes destas também se prestaram a pressionar e legitimar ações governamentais locais guiadas por essas insígnias. Por último, salientamos as vigorosas batalhas em torno da definição dos paradigmas a nortear os programas de ação, opondo ativistas de movimentos feministas e representantes de instituições ligadas à religião, sobretudo de vertentes islâmicas e cristãs.

\*

Em nossa breve trajetória pelas políticas de saúde da mulher no século XX, alguns elementos se destacam na paisagem, quais sejam: tensão e disputa ao redor de perspectivas entre diferentes setores da sociedade; participação de organismos internacionais na elaboração de conceitos, políticas e no financiamento direto de intervenções destinadas a mulheres; e a relevância da atuação de ativistas feministas para a existência de diretrizes projetadas globalmente. Dessa maneira, podemos chegar a duas conclusões: a primeira refere-se à indissociabilidade entre as definições de mulher e o desenho da política pública; e a segunda reside no entrecruzamento entre diferentes agentes e instituições - entre elas, os movimentos sociais, os organismos internacionais e o Estado - na conformação de cada política.

Do PMI, ao PAISM, à Lei de Planejamento Familiar, chegando até as políticas dos anos 2000, especialmente a PNAISM e a Rede Cegonha que serão nosso foco de análise, é possível notarmos o contorno de um sujeito alvo das políticas públicas presente tanto na descrição da população à qual se destina, quanto na construção da agenda prioritária de ações e dos critérios de distribuição de recursos. Se as questões reprodutivas surgem demandando espaço e atenção, como no breve panorama que apresentamos, isso não se dá por entendermos que se trata de uma sinonímia de saúde da mulher. Pelo contrário, pois considera o que a pesquisa, ainda que em sua fase inicial, já foi deixando a ver: o peso da reprodução na constituição da mulher em contextos de saúde. Portanto, o que queremos dizer é que se iremos nos debruçar sobre a questão reprodutiva não é para reafirmá-la como o *locus* por excelência da mulher na saúde, mas sim para compreender como essa operação se faz e quais os efeitos produzidos.



Investigar que conjuntura histórica e social promove determinada definição de mulher implica, da mesma forma, encontrar com valores responsáveis por mobilizar uma série de discursos relacionados não somente a essa figura específica – a mulher – mas ao seu entorno, como a sociedade, a família, o Estado, entre outros. Daí decorrem os padrões de circulação de uma variedade de elementos, que podem estar mais vívidos no texto das políticas ou mais silenciados, como por exemplo, a inclusão do homem no planejamento reprodutivo, as condições de manejo e acesso a medidas contraceptivas, o que se prioriza na educação em saúde, e qual o recorte de público alvo.

Sobre o entrecruzamento de movimentos sociais e instituições na feitura das políticas, o percurso analítico nos conduz a contextos ricamente povoados por múltiplos atores portando distintas bandeiras em uma convivência não necessariamente pacífica. Desde a conjuntura de construção do PAISM, em meio a um regime autoritário, com intervenção do movimento feminista e também do movimento pela reforma sanitária; até a promulgação da Lei do Planejamento Familiar, alimentada pelo diálogo com organismos internacionais, temos um pequeno vislumbre da dinâmica complexa e multifacetada que vem compondo a formulação e implementação de políticas públicas de saúde voltadas à mulher.

Considerar o plano de onde se destaca uma política pública implica que analisemos não somente os movimentos internos à área da saúde no Brasil, mas que possamos nos aproximar também do debate internacional sobre o tema, assim como do cenário histórico que possibilita tal arranjo de acontecimentos. É nesse sentido que um olhar de inspiração genealógica acoplado a uma perspectiva antropológica de documentos inscrevem-se como ferramentas necessárias para o desenvolvimento da pesquisa de um campo tão vasto e heterogêneo. A seguir, mergulharemos na análise da PNAISM e da Rede Cegonha, esmiuçando a trama na qual cada uma dessas políticas emerge.

## **PARTE II – SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

Produzida pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), inserida no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada em 2003 e instituída em maio de 2004 e visa ações de saúde da mulher baseadas em diretrizes de integralidade, equidade e universalidade que contemplem prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2004a). Com vigência inicial prevista de 2004 a 2007 (BRASIL, 2004b), a PNAISM inaugura a expressão “saúde da mulher” sob a insígnia de política nacional, afirmando, logo em seu início, que se insere na priorização da saúde da mulher no âmbito do governo federal como parte do compromisso com a garantia dos direitos humanos das mulheres e com a redução da morbimortalidade por causas evitáveis<sup>21</sup>.

Nos capítulos desta parte, abordaremos a política em dois blocos: a análise do texto do documento e o estudo da conjuntura da elaboração e da promulgação da política. No primeiro bloco, nos dedicamos a compreender a produção do discurso, analisando o que o texto do documento se esforça por estabilizar como mulher e, nesse exercício, quais são as prioridades, as justificativas, as aproximações e os distanciamentos executados. O interesse é desnaturalizar o discurso presente no documento e dar visibilidade às formas ali presentes.

No segundo bloco, trataremos de discutir a conjuntura que se estende em torno da publicação da PNAISM, procurando compreender as forças que estavam em circulação à época da feitura da política. Com isso queremos entrar em contato com o campo no qual a política pôde ganhar vida, nomeando atores relevantes para o processo, identificando as disputas, as relações de poder, o papel da institucionalidade estatal e a dinâmica de articulação entre diferentes instâncias. A partir de uma perspectiva histórica não linear, mapeamos três eixos indicados pelo próprio documento da PNAISM como determinantes no processo de construção da política, quais sejam: movimentos sociais; institucionalidade estatal; e incentivo à produção de conhecimento científico.

---

<sup>21</sup> Outros marcos legais com vistas a aprofundar pontos específicos foram constituídos a partir da PNAISM, quais sejam: o Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004c), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005a), a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005b), a Lei do acompanhante no parto (BRASIL, 2005c) e o Pacto pelo Enfrentamento da violência contra a mulher (BRASIL, 2007a).

No primeiro eixo, abordamos a participação da sociedade civil organizada no processo de formulação da PNAISM, com ênfase nos movimentos feministas e de mulheres. No segundo eixo, discutimos a interação entre agentes formais da regulação estatal no nível federal do governo – como Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para as Mulheres, entre outros - e sua correlação com a feitura da política. Por fim, o último eixo privilegia as relações tramadas entre órgãos de governo e o meio acadêmico e científico no processo de formulação e implementação da PNAISM.

## Capítulo 4 - O documento da PNAISM e a inclusão do conceito de gênero na política pública

O documento que elegemos para análise consiste no texto lançado em maio de 2004, intitulado “Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes”, de autoria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Considerado como o documento conceitual da política, será o principal foco de estudo, uma vez que condensa em seu corpo diretrizes, justificativa, referências teórico-conceituais e processo de concepção da PNAISM. Entretanto, a PNAISM não produziu apenas esse documento inaugural sobre o qual nos debruçamos. Consta também em seu arcabouço, logo a seguir do documento sobre princípios e diretrizes, o Plano de ação para o triênio de 2004 a 2007 (BRASIL, 2004b), lançado ainda em 2004, cujo conteúdo versa sobre os critérios para implementação da política – orçamento, abrangência territorial, parcerias institucionais, estratégias – em diálogo com o plano plurianual do governo federal. Tendo em vista a complementaridade entre ambos os documentos, o Plano de Ação será adicionado à nossa investigação na medida em que informações, ausentes no documento inaugural da PNAISM, forem proveitosas.

Considerando o *status* dos documentos que oficializam a PNAISM, torna-se valioso observar que a promulgação da política não foi acompanhada pela edição de uma portaria do Ministério da Saúde a ela referida. O mesmo se passou com o PAISM, que teve seu lançamento consubstanciado em um documento de princípios e diretrizes. Entendendo as portarias como instrumentos de uso comum no estabelecimento de normativas pelo Estado brasileiro, a ausência desse dispositivo na promulgação da PNAISM levanta dúvidas sobre o alcance da institucionalização da política, inclusive na dimensão jurídica. Outros instrumentos que referendam as políticas são: a resolução de aprovação do Conselho Nacional da Saúde<sup>22</sup>, e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite<sup>23</sup>. No entanto, como narra Eliane Cruz (2015), a PNAISM também não contou com nenhum desses dispositivos, ainda que outras

---

<sup>22</sup> O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, vinculado à estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Composto por conselheiros escolhidos por meio de voto e advindos de segmentos de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços em saúde, o CNS desdobra-se em comissões temáticas, como a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU). A aprovação de uma normativa no CNS gera a edição de uma resolução que, por sua vez, é publicada no Diário Oficial da União.

<sup>23</sup> A Comissão Intergestores Tripartite consiste em um fórum permanente que reúne representantes dos três entes federativos para negociação, articulação e decisão, com vistas à construção de pactos que garantam a implantação e a consolidação de políticas no Sistema Único de Saúde.

normativas do período, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tenham sido contempladas.

O documento inaugural da PNAISM é composto por 82 páginas com tiragem de cinco mil exemplares na sua primeira edição. O texto inicia-se em uma seção introdutória na qual são destacados alguns pontos-chave da política, incluindo o seu posicionamento na relação entre os níveis da federação, dos estados e dos municípios, a participação de movimentos sociais em sua construção e a análise sobre a situação epidemiológica das mulheres. Também são anunciados como importantes marcos para o documento a perspectiva de gênero, por um lado, e a saúde como direito de cidadania por outro.

Em seguida, o documento dedica-se a debater temáticas apontadas como fundamentais na sustentação da proposta ali contida. Apresenta a perspectiva de gênero e de que formas ela se articula com a saúde das mulheres para em seguida vislumbrar um breve histórico das políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil. O tópico seguinte trata sobre a situação sociodemográfica e o posterior apresenta um diagnóstico situacional de saúde da mulher. A partir de então, o documento passa a discutir princípios e diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e segue a fim de registrar objetivos gerais e específicos.

O primeiro parágrafo da introdução da PNAISM é dedicado a discutir quem são as mulheres. O documento responde a essa pergunta afirmando em primeiro lugar que as mulheres constituem a maior parte da população brasileira, assim como do montante de usuários do SUS. É salientado também o papel das mulheres como usuárias do serviço não somente para um cuidado de sua própria saúde, e sim como acompanhantes e cuidadoras de familiares, vizinhos e amigos. Nesse breve panorama oferecido pelo documento, assim como ao longo de todo o texto, não vemos uma problematização mais direta do que significa mulher para a política. No entanto, considerando o conjunto, podemos concluir que, ao enunciar mulher, a política fala da pessoa nascida com órgãos reprodutores reconhecidos como sendo do sexo feminino. Desse modo, entendemos que o documento toma o sexo biológico como pré-requisito da população a quem se destinam as suas medidas, trazendo implicações tanto para a constituição do sujeito de direitos, quanto para o conjunto de ações propostas.

Uma vez que, ao levantar o debate sobre gênero, a PNAISM reconhece este, a partir da obra de Joan Scott (1986), como uma categoria construída historicamente e vivenciada por homens e mulheres, ao mesmo tempo em que o sexo permanece em uma posição de naturalidade, entendemos que sexo e gênero no documento desempenham papéis diferentes. Se o sexo é tomado como natural em referência à conformação biológica, conseqüentemente,

não há história de sua constituição. Portanto, compreendemos que o conceito de órgãos reprodutores torna-se fundamental no arcabouço da PNAISM para a definição da mulher que será alvo de suas ações, constituindo uma importante referência de localização da política, ou, como coloca Sonia Corrêa (2016), uma “ficção representacional”. Na seção intitulada “Saúde da mulher e o enfoque de gênero”, o texto admite a polissemia do conceito de saúde da mulher, indicando que há concepções mais restritas e outras mais ampliadas. São chamadas de restritas aquelas nas quais a anatomia do corpo feminino definido a partir da noção de sexo biológico se impõe em prol de uma agenda voltada à função reprodutiva e à maternidade. Por outro lado, as concepções de saúde da mulher defendidas pela PNAISM como mais ampliadas colocam-se mais próximas às noções de integralidade - considerando os diferentes momentos do curso de vida da mulher - articuladas também aos conceitos de cidadania e direitos humanos, em uma acepção de processo de saúde e doença no qual as condições sociais, econômicas e culturais – entre elas as relações de gênero – estão fortemente implicadas.

A definição de saúde reprodutiva produzida na CIPD do Cairo em 1994 é relembra pelo texto, nessa ocasião, como uma ideia que recebeu influência da concepção de saúde da OMS ao propor que se abordassem as questões de reprodução e sexualidade com base nos direitos humanos. Estabelecida internacionalmente como um marco significativo no campo dos direitos das mulheres, a CIPD definiu que saúde reprodutiva constitui o exercício de uma “vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (ONU, 1994). De acordo com Margareth Arilha<sup>24</sup> e Elza Berquó<sup>25</sup> (2009), o programa de ação saído da Conferência do Cairo lança luz sobre a urgência em associar políticas sociais a uma perspectiva de gênero no contexto dos direitos humanos. As autoras lembram também que a condição do Brasil na Conferência era singular,

---

<sup>24</sup> Margareth Arilha formou-se em psicologia e atua como pesquisadora no Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas e também no Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Desde os anos de 1980 atuou em cargos administrativos do Estado e do terceiro setor, sendo uma das fundadoras da ONG ECOS - Estudos e Comunicação em Sexualidade. Já integrou a coordenação da área técnica de Saúde da Mulher do Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, bem como do CISMU. Também exerceu funções de assessoria na UNFPA e de representante da sociedade civil no CNS. Além disso, Marga (como é carinhosamente conhecida entre pares), tem contribuído largamente com a produção de conhecimento sobre gênero, movimentos sociais, aborto e sexualidade.

<sup>25</sup> Elza Berquó é graduada em matemática, especialista em estatística e demografia, e titular da Academia Brasileira de Ciências na área de Ciências Sociais. Desde a década de 1950, Elza Berquó contribuiu para a fundação de diversos centros de pesquisa, entre eles o CEBRAP e o NEPO, e é considerada uma das pioneiras da demografia no Brasil. Seu legado, entretanto, ultrapassa as fronteiras da demografia e constitui parte significativa do campo da saúde, incluindo a saúde da mulher. Elza Berquó integrou a coordenação da PNDS, em 2006, publicando uma série de análises de aspectos centrais dos resultados da pesquisa. Destacamos a sua extensa bibliografia como uma das principais referências em demografia, saúde reprodutiva e sexualidade.

uma vez que, à época, era um dos únicos países que já havia sistematizado ações em saúde da mulher – notadamente, o PAISM, de 1984.

O resgate do processo da Conferência do Cairo no documento da PNAISM ultrapassa a memória do debate sobre saúde reprodutiva, pois faz referência a uma plataforma de ação cuja elaboração contou com participação ativa de integrantes de movimentos sociais de mulheres e feministas. A agenda de ampliação dos direitos das mulheres no acesso a serviços de saúde no âmbito dos Estados, que foi legitimada pela CIPD, é atravessada pelo esforço em afirmar a cidadania plena da mulher, inclusive em sua existência para além da função como genitora ou mãe. Sendo esse um dos mais reconhecidos legados de Cairo, é com esse campo que a política se conecta ao convocar as definições contidas no programa da Conferência.

Porém, o documento elabora uma crítica ao conceito de saúde reprodutiva formulado na CIPD com base na identificação de lacunas referentes à perspectiva adotada para tratar do processo de saúde e doença. O texto da PNAISM destaca a ausência dos aspectos sociais e econômicos na definição de saúde reprodutiva proposta no Cairo e, diante disso, defende a necessidade de abordar a relação entre adoecimento e desigualdades sociais de forma a entender o processo de saúde e doença em conexão com as condições de vida das pessoas. Uma das vias possíveis para concretizar essa articulação, de acordo com o documento, seria associar-se ao campo da epidemiologia social.

A fim de elaborar o argumento, o documento alinha-se com o discurso de Asa Laurell, particularmente o artigo de 1982 intitulado: “A saúde-doença como processo social”, em que a médica sanitária defende justamente a conexão entre o adoecimento e fatores sociais, econômicos e culturais. O olhar para o processo de saúde e doença vinculado às condições de vida da população compôs uma das principais bandeiras do movimento pela reforma sanitária e da própria criação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. A problematização da relação entre o que se entendia por biológico e o que se entendia por social teve em diversas publicações, incluindo o artigo de Asa Laurell, uma plataforma de divulgação e referência no debate sobre as determinações da saúde e da doença.

Dentre os elementos vislumbrados pela PNAISM como fatores associados ao processo de saúde e doença das pessoas está a desigualdade de gênero, relacionada no texto a uma “desigualdade de poder”. A justificativa para a incorporação da perspectiva de gênero na política de saúde advém da afirmação de que as desigualdades entre homens e mulheres impactam nas condições de saúde das mulheres, tornando-as mais vulneráveis. A partir de dados do Fundo de População das Nações Unidas, o documento enumera situações nas quais

as mulheres se encontram em graus de precariedade mais agravados do que homens, como exposição à pobreza e condições frágeis de trabalho, fazendo com que a população feminina esteja mais suscetível a enfermidades e a uma menor expectativa de vida. Nesse sentido, podemos compreender que a política se posiciona de forma a incluir gênero como um determinante do processo saúde e doença.

Tal articulação entre gênero e determinantes da saúde é construída por meio da evocação da fala da médica sanitária Maria José de Oliveira Araújo em uma conferência das Nações Unidas, realizada em 1998 na Tunísia, no Seminário “Women and Health – Mainstreaming the gender perspective into the health sector”<sup>26</sup>. No evento, Maria José Araújo apresentou a experiência da implantação do PAISM na cidade de São Paulo, relatando o processo de incorporação da perspectiva de gênero nas políticas de saúde voltadas para mulheres. No relatório final do Seminário (ONU, 1999), trechos da apresentação da sanitária são incluídos entre as recomendações para a estruturação de políticas nacionais de saúde com componente de gênero integrado, com destaque para a necessidade de: estabelecer divisões de coordenação de saúde da mulher para a realização de diagnóstico de situação de saúde e planejamento de ações com perspectiva de gênero em nível regional; promover articulação intersetorial e com organizações da sociedade civil, especialmente os movimentos de mulheres; e incentivar a ocupação de cargos com função deliberativa por mulheres.

É nesse momento que o texto oferece uma definição de gênero como um constructo social e histórico que constitui as relações sociais entre mulheres e homens a partir da demarcação de padrões de feminilidade e masculinidade. A política reconhece ainda que o gênero “delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação”, sendo, por fim, uma “construção social sobreposta a um corpo sexuado” (BRASIL, 2004a, p. 12). Partindo da obra referência sobre gênero de Joan Scott (1986), chamada “Gênero: uma categoria útil para a análise histórica”, e também do prospecto sobre direitos sexuais e reprodutivos lançado pela organização International Women’s Health Coalition em 1995, o documento avança para a conclusão da seção postulando que as relações de gênero acarretam em padrões desiguais de sofrimento, adoecimento e morte, devendo, portanto, serem incorporadas no planejamento de ações em saúde e na análise epidemiológica das populações.

Sonia Corrêa<sup>27</sup> (2011) discute a importância da produção teórica sobre gênero e de sua construção como ferramenta para analisar as desigualdades entre homens e mulheres – na qual

---

<sup>26</sup> Em tradução livre: “Mulheres e saúde – integrando a perspectiva de gênero no setor da saúde”.

<sup>27</sup> Sonia Corrêa é pesquisadora associada da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), coordenadora do Observatório de Sexualidade e Política (Sexuality Policy Watch) e foi coordenadora do



a obra de Joan Scott citada pela PNAISM tem lugar de relevo – na incorporação desse conceito no plano das políticas públicas. A pesquisadora lembra que a plataforma de ação da CIPD do Cairo foi o primeiro documento resultante de acordo entre governos da ONU a incluir gênero em seu quadro. Entre as múltiplas acepções de gênero cultivadas ao longo das décadas, há uma delas que logrou tornar-se predominante, principalmente no que diz respeito ao circuito institucionalizado da política:

Nesse processo de institucionalização (mainstreaming), a moldura teórica que prevaleceu foi, sem dúvida, a concepção dual homem/mulher e cultura/biologia. Isso se deu tanto porque essa era a visão hegemônica no ativismo feminista global, quanto porque tinha maiores possibilidades de ser incorporada pelas instituições que se buscava influenciar (que, inclusive, a consideravam demasiadamente radical) (CORRÊA, 2011, p. 342).

Se, como dissemos anteriormente, o sexo é natural e dado, o gênero assume, na seção em discussão, um lugar de constructo social. Isso quer dizer que no que diz respeito ao gênero, há relações a serem estudadas, problematizadas e historicizadas; no entanto, em referência ao sexo, não. Entendemos que no seu processo de formulação e implantação, as políticas públicas tratam de grupos populacionais e que, ao mirar grandes contingentes de pessoas, sutilezas podem ser imediatamente perdidas e suplantadas, já que se recorre a estatísticas, consensos e *a priori*. Tendo isso em vista, o que pretendemos não é revelar o que jaz na obscuridade dos documentos, ou tomá-los por aquilo que não são e tampouco se propõem a ser, mas explicitar justamente aquilo que a política propõe, o quadro de intelegibilidade ao qual se reporta e o que positivamente produz enquanto prática discursiva e instrumento de governo. Portanto, para que possamos analisar que sujeito é constituído no documento, faz-se necessário entender que no âmbito da política o sexo coloca-se como inevitável e alheio a relações sociais que o organizam.

Pensando com Judith Butler (2017 [1990], p. 27) sobre a estabilidade criada na binariedade do sexo e do gênero ao postular homem e mulher como categorias fundacionais de identidade, compreendemos que o documento forja um sujeito cujo sexo encontra-se naturalizado e imobilizado em suas estrutura e funcionalidade orgânicas, conferindo ao sexo um status de “superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura”, ou seja, sobre a qual incide o gênero, e, portanto, sobre a qual incide a história, o discurso, as relações, etc. Uma das implicações dessa operação apontada por Judith Butler consiste na manutenção do aparato binário dada a invisibilização da produção discursiva do sexo. Nos termos da PNAISM isso

---

Programa de Saúde e Direitos do Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN). Desde os anos de 1970 tem se inserido na pesquisa e na prática do *advocacy* nos temas de gênero, saúde e sexualidade. É fundadora da SOS Corpo – Instituto Feminista para Democracia, sediada em Recife. Sonia Corrêa tem uma vasta bibliografia tratando de direitos sexuais e reprodutivos, gênero e feminismos.

supõe um sujeito mulher previamente determinado para o qual as desigualdades sociais e as assimetrias de poder apresentam-se a partir da experiência histórica de gênero, daí a expressão “construção social sobreposta a um corpo sexuado” (BRASIL, 2004a, p. 12).

Considerando que o debate sobre gênero e saúde vem logo a seguir da introdução da PNAISM, compreendemos que se trata de uma estratégia para localizar os fundamentos de onde parte todo o conteúdo a ser desenvolvido doravante. Apesar de não se aprofundar na discussão teórica sobre o conceito de gênero, o texto lança mão de referências consagradas na área em um esforço para costurar gênero a outras noções como direitos – de cidadania, sexuais e reprodutivos -, desigualdades sociais e, sobretudo, saúde da mulher. Nesse sentido, podemos entender o teor dessa seção como aquele da produção de um marco para a política, ou seja, de um eixo paradigmático que pretende ser a baliza das propostas contidas no documento.

A conjugação entre gênero, saúde, direitos e mulher não é natural ou dada, uma vez que faz parte da história de como se dá a relação entre movimentos sociais e Estado no Brasil. De acordo com Leila Barsted<sup>28</sup> (1994), a inclusão da perspectiva de gênero na pauta dos organismos estatais se deve a negociações entre movimentos de mulheres e o Estado, respondendo pelo nome de “políticas públicas relativas à mulher”. Sendo assim, encontramos também, nesse momento do texto, sinais do imbricamento entre ativistas feministas e o processo de formulação de políticas públicas, seja pela pressão dos movimentos sociais em direção ao Estado, seja pela ocupação de cargos estatais por integrantes dos movimentos feministas e de mulheres.

Na seção “Evolução das políticas de atenção à saúde da mulher”, em seguida à “Saúde da mulher e o enfoque de gênero”, tem-se uma narrativa resumida sobre as políticas públicas de saúde voltadas às mulheres no Brasil assentada em uma perspectiva linear da história, onde as políticas seguem um curso evolutivo. Tomando como ponto de partida o início do século passado, o documento traça uma análise crítica até o momento contemporâneo ao lançamento da política e se detém com mais demora no olhar para políticas específicas somente a partir da década de 1980.

O texto identifica a corrente do materno-infantilismo como hegemônica até a formulação do PAISM e desenha sua crítica àquele modelo em conjunto com referências ligadas aos movimentos de mulheres e feministas (ÁVILA, BANDLER, 1991; CORREA, PIOLA, 2003; COSTA, 1999). O argumento das problematizações acerca das políticas

---

<sup>28</sup> Leila Barsted é advogada e uma das fundadoras e coordenadoras da CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), uma organização não governamental com atuação na área da saúde, dos direitos reprodutivos e sexuais e da violência. Desde os anos de 1980, Leila Barsted tem atuado através do ativismo, *advocacy* e da publicação de bibliografia em defesa dos direitos das mulheres.

materno-infantis toma como ponto de partida a visão de mulher associada a essas propostas, compreendendo que, nesses casos, a mulher torna-se visível para a área de saúde somente no enquadramento do ciclo gravídico-puerperal. Além de por em xeque os fundamentos éticos dos programas materno-infantis, o documento também denuncia a organização das ações de saúde pautadas por esse paradigma, considerando-as centralizadas, fragmentárias e de baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

O conceito de integralidade na saúde da mulher inaugurado pelo PAISM é apontado como um avanço em relação às ações de horizonte mais curto dos programas herdeiros do materno-infantilismo, ainda que a implementação deficitária do PAISM seja mencionada como um problema de ordem política, técnica e administrativa<sup>29</sup>. O documento da PNAISM reconhece que o PAISM marca uma ruptura no que diz respeito tanto aos princípios que ordenam as práticas em saúde da mulher, quanto aos critérios responsáveis por definir as prioridades nessa área. A adoção de diretrizes de regionalização, descentralização e hierarquização pelo Programa é vista em consonância com o debate promovido à época em torno do ideário que formaria as bases do Sistema Único de Saúde. A proximidade com o movimento sanitarista é celebrada pelo texto no sentido de uma afirmação da saúde da mulher no âmbito da saúde pública, sobretudo nos marcos do SUS.

É com a intenção de mover esforços no sentido de efetivar a integralidade na assistência à saúde das mulheres que se reforça novamente a relevância e a pertinência da construção de uma nova política a ser desenvolvida com outras áreas técnicas da administração governamental, além daquela dedicada à saúde da mulher. Somando-se à articulação intersetorial, o documento postula a necessidade de abranger especificidades no sujeito-alvo de suas ações, a saber: “mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente” (BRASIL, 2004a, p. 19).

---

<sup>29</sup> Em um balanço do PAISM realizado por Sonia Corrêa e Sérgio Piola (2003), foi identificado que mesmo diante do novo paradigma da integralidade instituído pelo programa, as ações disparadas pelo programa acabaram por priorizar a agenda do ciclo gravídico-puerperal, ficando outros temas de saúde da mulher prejudicados e, portanto, ocasionando diversas lacunas nos serviços prestados. Entre os aspectos negligenciados, o levantamento dos autores cita climatério, doenças crônico-degenerativas, saúde mental e saúde ocupacional, conferindo ênfase à dimensão de gênero e raça. No que diz respeito às ações positivas disparadas pelo PAISM, citam: o aumento da descentralização com a diminuição da verticalidade das ações, a inclusão do tema da violência sexual na cena da saúde da mulher e o avanço na perspectiva da integralidade, mesmo à luz das lacunas observadas.

## 4.1. Mulheres no plural

Se a PNAISM é reconhecida por inaugurar a incorporação do conceito de gênero nas políticas nacionais de saúde para mulheres, isso também pode ser dito em respeito à categorização de subgrupos de mulheres em uma mesma normativa. Sabemos que em 2002, por exemplo, fora lançada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, porém se trata de um documento voltado a um grupo étnico específico, sem a intenção de pautar as ações a partir de uma perspectiva de gênero. No caso da PNAISM, o que temos é, em conjunto com o recorte de gênero, a nomeação da diferença dentro de um mesmo grupo já previamente ele mesmo nomeado: mulheres indígenas, mulheres negras, mulheres rurais, como qualificadores de mulher. Falaremos mais sobre esse ponto adiante, quando tratarmos sobre a análise de situação de saúde oferecida pela política; no entanto, vale registrar a presença desses marcadores no discurso sobre as políticas públicas de saúde direcionadas para as mulheres.

O documento, através da perspectiva de gênero, de integralidade e de promoção da saúde, procura fortalecer o campo dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>30</sup>, trabalhando, prioritariamente, para qualificar a atenção ao abortamento inseguro, a atenção obstétrica, o planejamento familiar e o enfrentamento da violência doméstica e sexual. De modo a possibilitar a eleição de prioridades, a PNAISM percorre um rápido trajeto pela “Situação sociodemográfica” para se demorar um pouco mais em um “Breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil”.

A política se propõe a abarcar o público feminino acima de 10 anos, o que pode indicar que o olhar para a infância - enquanto faixa etária e ciclo do desenvolvimento - supõe esses sujeitos alheios ou exteriores ao tema do gênero; e também uma tentativa de desvencilhar a atenção à saúde da criança da atenção à saúde da mulher, dada a trajetória histórica dos programas de assistência materno-infantil. Continuando na reflexão sobre a idade, ao distinguir as mulheres por faixa etária, o primeiro comentário do documento refere-se à afirmação de que 65% das mulheres encontram-se em “idade reprodutiva” e que, portanto, tem-se aí um contingente expressivo para o qual se produzir políticas de saúde. Ainda nessa seção são apontados alguns dados sobre desigualdades, incluindo renda, taxa de ocupação, trabalho doméstico e também questões étnico-raciais, notadamente, no que diz respeito à população afro-brasileira. A aproximação desses temas com as ações propostas na

---

<sup>30</sup> Importa registrar que as noções de direitos reprodutivos e de direitos sexuais estão intimamente relacionadas à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, na cidade do Cairo, e à IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim.

PNAISM baliza-se na perspectiva de que “a realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas” (BRASIL, 2004a, p. 23).

As referências reunidas para elaborar a narrativa sobre a seção “Situação Sociodemográfica” das mulheres provêm de levantamentos produzidos, principalmente, pelo IBGE (2002; 2003), contendo dados estatísticos referentes a todo o território nacional. O texto de Thaís Corral (2000) sobre a agenda social para o desenvolvimento humano e sustentável no Brasil, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é mencionado na abordagem das desigualdades econômicas, raciais e de gênero. Por fim, um dossiê da Rede Feminista de Saúde sobre assimetrias raciais fundamenta a discussão sobre as condições de vida da população negra, citando a maior vulnerabilidade de saúde das mulheres negras diante das desigualdades sociais no país (RFS, 2003). Diante disso, também nesse trecho, compreendemos que o documento empreende um esforço de fixar um determinado discurso na intenção de que o próprio processo de elaborar a política se faça em aliança com alguns marcos. No caso da seção sobre a conjuntura sociodemográfica das mulheres no Brasil, vale registrar a aproximação de estudos populacionais e do conceito de desenvolvimento econômico na constituição de um diagnóstico situacional de saúde.

Sobre a situação de saúde das mulheres no Brasil, a primeira consideração dá visibilidade à heterogeneidade do perfil epidemiológico das mulheres nas diferentes regiões do país e também da desigualdade no processo de saúde e doença entre mulheres e homens. Os tópicos elencados são: mortalidade materna; precariedade da atenção obstétrica; precariedade da assistência em anticoncepção; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)<sup>31</sup>/HIV/Aids; violência doméstica e sexual; saúde das mulheres adolescentes; saúde da mulher no climatério/menopausa; saúde mental e gênero; doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico; saúde das mulheres lésbicas; saúde das mulheres negras; saúde das mulheres indígenas; saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural; saúde da mulher em situação de prisão.

Os subtítulos revelam uma preocupação que gira em torno de faixas etárias e ciclos de vida, como saúde das mulheres adolescentes e saúde da mulher no climatério, e também de questões de saúde específicas, por exemplo: DST/HIV/Aids, atenção obstétrica, entre outras.

---

<sup>31</sup> O termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) foi oficialmente substituído por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na estrutura da saúde pública brasileira em 2016, a partir de um decreto publicado no Diário Oficial da União (BRASIL, 2016). A recomendação para a substituição por parte da OMS remonta a 2001, sob a justificativa de que há a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção via contato sexual, mesmo sem apresentar sinais e sintomas (OMS, 2001). Apesar de reconhecermos a nova nomenclatura, manteremos o uso do termo DST em razão de ser esse o utilizado no documento da PNAISM.

Para o desenvolvimento dos temas são usados dados provenientes de instituições com atuação na área da saúde, tais como: OMS, IBGE, Ministério da Saúde e Bemfam<sup>32</sup>. Os dados colhidos na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) colocam-se igualmente como uma fonte relevante de informações para a construção e análise do panorama de saúde da mulher traçado pela PNAISM.

O principal critério estatístico utilizado para a análise das condições de saúde das mulheres é a mortalidade, com destaque para os dados referentes às mulheres consideradas em “idade fértil”, ou seja, entre 10 e 49 anos<sup>33</sup>. A categoria idade fértil ou idade reprodutiva não é de uso exclusivo da PNAISM ou das políticas públicas, uma vez que se trata de uma denominação consagrada nas disciplinas do conjunto da saúde e também na interface entre essas e os estudos demográficos e de população. No entanto, a presença sistemática dessa categoria no corpo da PNAISM evidencia que o que qualifica a vida de uma mulher gira em torno, sobretudo, da possibilidade virtual da gestação e do parto. Ou seja, o olhar para a mulher é organizado a partir da reprodução.

Em outras palavras, ao discriminar a vida da mulher de acordo com a virtualidade da capacidade reprodutiva dos órgãos, a política visibiliza a opção por uma perspectiva de mulher que prioriza as questões de cunho reprodutivo. Como dissemos, o uso dessa qualificação para pessoas do sexo feminino não é restrito à PNAISM e, tampouco, às políticas públicas, sendo muito recorrente no âmbito acadêmico e científico<sup>34</sup>. Porém, ao lançar mão dessa racionalidade, a política aciona um conjunto de saberes que a antecede e a perpassa, colocando-a em uma posição específica na arena, onde mesmo conceitos estatísticos operam na reafirmação de uma certa categoria de mulher. Contudo, importa registrar que a associação com o paradigma da integralidade na atenção à saúde da mulher tensiona a proeminência

---

<sup>32</sup> A Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (Bemfam) foi uma organização não-governamental, criada em 1965 no Brasil, com o objetivo de “promover e propugnar pelo bem-estar da família, como célula constitutiva da nação” (FONSECA SOBRINHO, 1993). Concentrou sua atuação na área da saúde reprodutiva e saúde materno-infantil ofertando assistência médica, consultoria e realização de pesquisas. Vinculada a fundos financeiros estadunidenses, a Bemfam penetrou o território brasileiro intervindo, sobretudo, em populações pobres comprometida, “desde a sua gênese, com um processo de transformação sociocultural” orientado pelo planejamento familiar (FONSECA SOBRINHO, 1993, p. 107).

<sup>33</sup> O parâmetro internacional de idade fértil, de acordo com a OMS (2011), compreende a faixa etária de 15 a 49 anos. No entanto, no Brasil, devido ao trabalho realizado pelos Comitês de Morte Materna e às estatísticas de registros vitais e procedimentos médicos realizados, convencionou-se ampliar a faixa etária do conceito de idade fértil a partir dos 10 anos, uma vez que a taxa de ocorrência de gravidez no período entre 10 e 15 anos mostra-se significativa em nosso país (BRASIL, 2002).

<sup>34</sup> Ao longo dessa seção, a partir da pesquisa realizada, nosso argumento será de que há uma mútua afetação entre esses diferentes campos – academia, administração governamental, movimentos sociais – quando o que se está debatendo são políticas públicas, sobretudo, aquelas destinadas às mulheres.

irrestrita da perspectiva da reprodução, trazendo para a cena experiências vinculadas à saúde mental, à violência e à homossexualidade.

Entendemos que algo semelhante se passa com o uso do conceito de mortalidade materna, que é defendido como um bom indicador do nível de desenvolvimento de um país, na medida em que analisa as condições evitáveis (cerca de 98%) e não evitáveis (cerca de 2%) nas quais uma mulher gestante perde a vida<sup>35</sup>. Os dados sobre mortes de pessoas gestantes são relacionados a outros indicadores como grau de escolaridade, acesso a serviços de saúde, índices de violência doméstica e condições socioeconômicas. Segundo a OMS (2011), mortalidade materna é definida como a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da mesma. Sendo assim, podemos concluir que a perspectiva responsável por fundamentar a formulação de tal indicador supõe uma relação direta entre gestação e maternidade de forma que uma pessoa que engravida se torna imediatamente mãe, excluindo dessa operação mulheres que optaram pelo aborto, pela doação da criança ou por uma gravidez por substituição, e homens transexuais. Não se trata meramente de o termo ser mais amplo ou mais restrito, mas sim de quais relações com a gestação vão sendo conformadas, nesse processo, através da exclusão de algumas experiências e inclusão de outras e, também, da produção de certas identidades.

Ainda que a epidemiologia e a biomedicina ancorem seus postulados a partir de uma abordagem autointitulada objetiva, herdeira de uma visão de ciência positivista, diante de um conceito como o de mortalidade materna percebemos uma complexa trama que faz convergir a primazia de um órgão e uma de suas funções específicas no que diz respeito a um corpo, fundida ao exercício de um papel que pode ou não ser desempenhado por esse mesmo corpo. A operação que parece ir se constituindo em um jogo de natural *versus* social - assim como em relação a sexo e gênero, conforme discutimos anteriormente - empenha-se em localizar um dos termos fora da alçada da história e do tempo – órgãos reprodutores -, enquanto lança o outro – maternidade – no plano da cultura, o que poderia nos levar a questionar somente a função social da maternidade, deixando de lado a posição preponderante conferida aos órgãos. Porém, ao mesmo tempo, também a maternidade é alocada na esfera de uma naturalidade a-histórica, uma vez que se trataria de a mulher cumprir com seu “destino biológico”. Nesse

---

<sup>35</sup> As qualidades do conceito de mortalidade materna na indicação das condições de vida das mulheres não são somente reconhecidas pelo documento da PNAISM, tampouco apenas pelas políticas públicas brasileiras, uma vez que essa afirmação se faz presente também em documentos de organismos internacionais (OMS, 2011; OPAS, 2002) e produções científicas e acadêmicas (LAURENTI, MELLO-JORGE, GOTLIEB, 2000; MOTA, GAMA, THEME FILHA, 2004; CALDERON, CECATTI, VEGA, 2006; SOUZA, 2011).

sentido, vemos uma tensão entre o que deve ser considerado como produto da cultura, por um lado, e manifestação essencialista da natureza, por outro.

Simone Diniz<sup>36</sup> (2009, p. 318) discute os efeitos da chamada “cegueira de gênero” produzidos em e por profissionais e pesquisadores da saúde quando naturalizam conceitos de mulher, “a este ‘sexo socialmente construído’, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade”. A obra da autora evidencia a presença de práticas discursivas e não discursivas na saúde que podem corroborar uma visão naturalizada da mulher, uma vez que, ao negligenciar a conformação cultural do sujeito a quem se destinam as intervenções, essas últimas podem reafirmar o paradigma dominante e, conseqüentemente, reproduzir preconceitos. Ao ignorar as relações de gênero na produção de conhecimento, podemos contribuir para a manutenção de um paradigma que opera na indissociabilidade entre mulher e maternidade, entre pessoa do sexo feminino e reprodução, por exemplo. Aqui, vemos que a ciência não está alheia ao processo político, podendo, pelo contrário, atuar em diversos momentos como agente ativa dessa operação (FOUREZ, 1995).

Nesse sentido, Lourdes Bandeira<sup>37</sup> (2009) destaca o levantamento realizado ao longo de décadas por pesquisas feministas nas áreas de ciências sociais apontando para o contexto no qual racionalidades institucionais, políticas e jurídicas privam as mulheres do exercício pleno de cidadania. Tal conjuntura, de acordo com a professora e pesquisadora, está diretamente relacionada à hegemonia da assimetria de poder entre homens e mulheres que informa as relações ao longo de todo o tecido social, sendo que “a essa realidade, que se desdobra e mesmo se espelha no âmbito das instituições, o Judiciário não está ileso”. Acrescentaríamos: tampouco estão ileso o Executivo e o Legislativo, no que diz respeito às três esferas do Estado (BANDEIRA, 2009, p. 429).

Com a finalidade de cobrir lacunas na oferta de assistência à saúde, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de articular-se com outras áreas e propor novas frentes de ação que contemplem algumas especificidades das mulheres brasileiras: mulheres

---

<sup>36</sup> Simone Diniz graduou-se em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e atualmente é professora titular e pesquisadora vinculada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Integrante da Rehuna, Simone Diniz tem uma trajetória marcada pelo ativismo feminista em prol de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com extensa publicação acadêmica e científica na área da saúde da mulher, especialmente sobre direitos reprodutivos em diálogo com o conceito de gênero. É uma das fundadoras do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, na cidade de São Paulo.

<sup>37</sup> Lourdes Bandeira formou-se em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e cursou mestrado em Sociologia e doutorado em Antropologia. Teve experiência acadêmica e docente, com profícua produção bibliográfica relacionando gênero, violência e feminismo. Exerceu os cargos de Secretária Adjunta e Sub-Secretária de Planejamento e Gestão Interna na Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), entre 2008 a 2015. Foi professora na Universidade de Brasília a partir de 1991. Recebemos com grande pesar a notícia de seu falecimento, em 12 de setembro de 2021.



negras, mulheres com deficiência, mulheres lésbicas, mulheres indígenas, mulheres residentes e trabalhadoras do campo, mulheres em situação de prisão. Apesar de citar o grupo das mulheres com deficiência como uma das demandas a serem inseridas na nova política, o documento, porém, não o desenvolve no rol de diretrizes, constando ao final somente as demais cinco denominações. Seria possível, a partir dessa mesma perspectiva de análise, compreender que ao indicar “mulheres adolescentes” e “mulheres no climatério”, a política estaria também identificando quem é esse sujeito “mulher” ao qual ela se refere, em uma operação de natureza não tão distinta quanto a que baliza a ordenação por “indígenas, “do campo”, “negras”, etc. No entanto, devido à limitação de nosso escopo, escolhemos por concentrar esforços em compreender as qualificações que a própria política decide por destacar entre os subgrupos.

No Plano de Ação (BRASIL, 2004b), constam os principais objetivos, estratégias, fontes de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização da PNAISM, elaborados em referência ao documento conceitual da política (BRASIL, 2004a). Dentre os catorze objetivos específicos encontram-se estratégias delineadas para os distintos grupos de mulheres com o intuito de que “sejam introduzidas na rede pública ações que dizem respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades” (BRASIL, 2004b, p. 6). Os grupos contemplados são: negras, indígenas, em situação de prisão, trabalhadoras do campo e da cidade, terceira idade e climatério. Ficam de fora medidas voltadas para as mulheres portadoras de deficiência e para as mulheres lésbicas, mencionadas tanto no documento conceitual (BRASIL, 2004a), quanto na introdução do Plano de Ação (BRASIL, 2004b).

Entendemos que o arranjo da política por grupos populacionais torna-se possível conforme há uma convergência entre: o diálogo da ATSM com movimentos sociais, a incorporação da perspectiva de gênero e de raça, mais a eleição do enfrentamento das desigualdades sociais e a afirmação da saúde como um direito humano, de cidadania e das mulheres. Ao deixar o enquadramento de Programa e tornar-se Política, a saúde da mulher designou novos sujeitos-alvo de suas ações, o que é visto como um sinal da ampliação de sua abrangência em relação às políticas predecessoras por enunciar grupos específicos de mulheres que historicamente vem enfrentando barreiras de acesso a serviços públicos de saúde (KORNIJEZUK, 2015; SILVA, 2015). Esse deslocamento acaba por instituir novos sujeitos de direitos na política, indicando que é insuficiente anunciar apenas “mulher” como a destinatária da proposta.

A necessidade de qualificar “mulher” no texto da política pode expressar a absorção de uma demanda de movimentos de mulheres e feministas que vinham levantando as

diferenças entre as mulheres como ponto fundamental em suas agendas. De acordo com Carmen Silva (2016), a crítica à universalidade de certa ideia de mulher partia, notadamente, de coletivos de mulheres negras, trabalhadoras, migrantes e advindas de classes populares com a finalidade de denunciar a desigualdade social entre as mulheres no Brasil. Uma vez que parte significativa do feminismo predominante era composta por mulheres intelectualizadas oriundas das camadas médias da sociedade (SARTI, 2004), a mulher vislumbrada nesse enquadre excluía grande parcela da população, operando o que algumas autoras vão chamar de dupla opressão (SILVA, 2016; SEGATO, 2012).

As divergências entre os feminismos e os movimentos de mulheres também se apresentam no documento da PNAISM, marcando o campo de tensão entre os atores implicados. Se o movimento de mulheres das camadas médias da sociedade “teve dificuldades para perceber as desigualdades entre mulheres produzidas a partir de raça, etnia, classe, sexualidade e inclusive aquelas baseadas nos contextos de regionalidade interna ao país” (SILVA, 2016, p. 152), as mulheres organizadas nas classes populares em conjunto com o movimento negro, principalmente, puderam introduzir no debate sobre a mulher questões como divisão sexual do trabalho, raça, classe social, condição de vida e afins.

Podemos vislumbrar também, nessa operação de demarcar a diferença, um exercício de aproximação a uma perspectiva outra que não a da identidade sexual, uma vez que os marcadores utilizados inscrevem os sujeitos mulheres em uma realidade complexa onde condições de vida e trabalho, território, renda e etnia se interpõem. O marcador de gênero não sai de cena, mas parece coabitar com outros vetores que atuam também na conformação dos sujeitos, uma vez que “o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas” (BUTLER, 2017 [1990], p. 21).

Ao discorrer sobre os marcadores de diferença – indígenas, negras, do campo, em prisão, lésbicas - na análise de situação de saúde, o documento cita referências ligadas a movimentos sociais e a encontros da sociedade civil visibilizando a articulação com pessoas, instituições e coletivos para além da circunscrição do Ministério da Saúde. São citados, por exemplo: o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, a pesquisa da ativista feminista e antirracista Fátima de Oliveira<sup>38</sup> (2003) e dados advindos de estudos do INCRA (Instituto

---

<sup>38</sup> Fátima Oliveira foi uma médica nascida em São Luís do Maranhão, cuja trajetória foi intensamente marcada pelo ativismo político em prol da saúde pública, do feminismo e da luta antirracista. Fátima Oliveira integrou organizações como a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e a Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe, além de atuar como dirigente no Partido Comunista do Brasil. Faleceu em 5 de novembro de 2017.

Nacional de Colonização e Reforma Agrária) e da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). Nos subtópicos “Mulheres Indígenas” e “Mulheres em situação de prisão” não houve menção a documento ou evento ligado à sociedade civil organizada. Vale registrar também que na lista de parceiros apresentada ao final da PNAISM tampouco constam organizações formais vinculadas a esses dois grupos. Ao discutir a saúde das mulheres lésbicas, o documento faz a primeira e única menção a profissionais do sexo, sendo que nesse momento o argumento trata da vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis na qual se encontram as profissionais do sexo lésbicas. Também não é mencionada nenhuma associação ou coletivo de trabalhadoras do sexo na lista de parceiros.

As mulheres trabalhadoras sexuais enfrentam barreiras históricas no acesso a serviços de saúde, assim como uma invisibilidade nas políticas públicas da área (MADEIRO, RUFINO, 2012; VILLELA, MONTEIRO, 2015). Conforme Alberto Madeiro e Andréa Rufino (2015) apontam, as ofertas de cuidado em saúde para as trabalhadoras sexuais giram em torno de prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo do HIV, deixando de lado outras necessidades. Além disso, mesmo no que concerne ao cuidado de ISTs, esse grupo encontra dificuldades na escuta e no acolhimento de profissionais de saúde, devido à associação entre estereótipos de gênero e estigmas que colaboram para a produção de desigualdade social e o agravamento da vulnerabilidade (VILLELA, MONTEIRO, 2015). Sobre a ausência de medidas elaboradas para incluir as necessidades específicas das mulheres trabalhadoras sexuais na PNAISM, Wilza Villela e Simone Monteiro (2015, p. 533) afirmam:

Talvez não tenha sido um lapso e sim um entendimento de que as prostitutas foram contempladas no esforço de ofertar atenção à saúde com qualidade para todas as mulheres, em qualquer fase da vida. Contudo, essa ausência viola o princípio da equidade, sem o qual não se pode assegurar a universalidade do direito à saúde tal como definido na Constituição Brasileira.

A escassez de pesquisas científicas sobre as condições de vida e saúde das mulheres em todas as qualificações elencadas é marcada a cada subtópico, acompanhada pela convocatória ao investimento na realização de mais estudos em âmbito nacional de forma a compreender o modo de vida desses grupos populacionais, assim como subsidiar ações na área da saúde. Também a desigualdade vivida pelos diferentes grupos de mulheres no acesso aos serviços de saúde é mencionada como um fator de impacto negativo no processo de saúde e doença, uma vez que implica desde a formação de profissionais até o planejamento e a avaliação da assistência sanitária.

A seção seguinte evoca a humanização e a qualidade da atenção em saúde como princípios norteadores da política aliados ao paradigma da saúde integral e do direito à saúde, em contraposição ao modelo biologicista considerado hegemônico na área da saúde. O texto conceitua uma atenção humanizada e de qualidade como aquela que, ao estabelecer uma relação horizontal entre pessoas, favorece a partilha de saberes englobando dimensões “psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais” (BRASIL, 2004a, p. 59). Ainda que não seja apresentado em companhia de referências teóricas, o conceito de humanização é definido como fruto de um trabalho contínuo de reflexão sobre si, requisitando uma série de elementos para ser atingido, tais como: ampliação do acesso aos serviços de saúde; busca ativa das usuárias; uso apropriado de recursos tecnológicos com base em evidência científica; capacitação de profissionais; longitudinalidade da assistência e controle social na avaliação das ações.

O conceito de qualidade da atenção é pensado em conjunto com a obra de María Isabel Matamala, Fanny Berlagosky, Gloria Salazar e Lorena Nuñez (1995) para defender parâmetros que qualifiquem o serviço prestado para além do acesso ao cuidado, buscando avaliar se as ações oferecidas encontram-se orientadas por uma perspectiva de gênero. As pesquisadoras propõem que sejam desenvolvidos indicadores de saúde sensíveis à desigualdade de gênero, de modo que o bem-estar das mulheres possa ser avaliado com maior acuidade na área de saúde. Para isso, segundo o texto da PNAISM, é necessário que o modelo hegemônico de assistência à saúde seja enfrentado e que a garantia de acesso a um serviço de qualidade sensível às questões de gênero seja compreendida como uma dimensão dos direitos humanos.

As diretrizes são elencadas, em seguida, com a intenção de regulamentar a operacionalização dos valores da humanização e da qualidade da atenção na saúde da mulher. São catorze itens que nomeiam o público-alvo da política, a transversalidade da perspectiva de gênero, raça e etnia nas ações, a conexão entre saúde e direitos das mulheres, a orientação pelo paradigma da atenção integral à saúde da mulher, a participação da sociedade civil em todas as etapas da política, as competências necessárias aos profissionais de saúde, entre outros pontos. A insistência em conectar as ações compreendidas pela PNAISM com o SUS merece ser observada, uma vez que é em consonância com os princípios deste que o desenho da PNAISM faz questão de se costurar.

O público-alvo como sendo mulheres em todos os ciclos da vida é mencionado com a condição de se considerar a especificidade dos distintos grupos populacionais (negras, indígenas, do campo, em situação de prisão, lésbicas, portadoras de deficiência, etc.) no intuito de atender tanto a demandas “antigas” (tradicionalmente mais reconhecidas na área da

saúde), quanto demandas “emergentes” (parte do que o documento aponta como novas frentes de ação). A transversalização da perspectiva de gênero e raça é destacada no sentido de se fazer presente em todas as etapas das políticas de saúde, “rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (BRASIL, 2004a, p. 63) de forma articulada a outros setores, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A abolição de qualquer forma de discriminação e preconceito é afirmada em conjunto com o banimento da imposição de crenças e valores pessoais por parte de profissionais de saúde em relação ao cuidado prestado às usuárias. Por fim, assinalamos a presença do estímulo à participação dos movimentos sociais na elaboração, execução e avaliação da PNAISM, notadamente os movimentos de mulheres que são reconhecidos por seu aporte político e técnico no que diz respeito à saúde da mulher.

Nos objetivos gerais consta a articulação entre direitos, atenção integral à saúde da mulher, humanização e qualidade da assistência, para que nos objetivos específicos possam emergir os pontos preeminentes da política. Nesses últimos são destacados: atenção clínico-ginecológica; planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes; atenção obstétrica e neonatal, incluindo aborto inseguro; violência doméstica e sexual; prevenção e controle de DST/Aids; combate à morte por neoplasia; implementação de um modelo de atenção à saúde mental sob a perspectiva do gênero; atenção à saúde da mulher no climatério; atenção à saúde da mulher na terceira idade; atenção à saúde da mulher negra; atenção à saúde das mulheres trabalhadoras; atenção à saúde das mulheres indígenas; atenção à saúde das mulheres em situação de prisão; fortalecer a participação e o controle social nas políticas de saúde voltadas para mulheres.

As discrepâncias no desenvolvimento dos subitens da seção destinada aos objetivos específicos são significativas e podem ser vistas, por exemplo, na mais detalhada e demorada descrição do objetivo de promover a atenção obstétrica e neonatal em relação aos demais subitens. A atenção à mulher no climatério, assim como às mulheres indígenas e em situação de prisão são apresentadas, pelo contrário, de forma muito breve e pouco qualificada, contando somente com uma combinação dos seguintes dizeres: ampliar e qualificar a atenção integral desse grupo específico.

Tal dinâmica do discurso da política nos permite refletir que, ainda que a PNAISM se proponha a ser a diretriz das ações em saúde voltadas a combater desigualdades sociais e a incorporar aspectos de gênero e raça/etnia nas políticas públicas, a política mostra dificuldade em articular a relação entre essas questões ditas novas e ampliadas com a área da saúde –

justamente o que a própria PNAISM apresenta como sua inovação e contribuição. Torna-se fundamental registrar que os movimentos sociais de mulheres rurais, indígenas e em situação de prisão foram envolvidos tardiamente no processo de elaboração da PNAISM (ARAÚJO, SIMONETTI, 2014), o que também pode ter contribuído para o não aprofundamento das estratégias direcionadas a esses grupos.

Dessa forma, vemos na escassez de conteúdo formulado nos subitens acima citados uma expressão da desigualdade social que se passa no Brasil e é apontada, inclusive, pelo próprio documento da política. Considerando a bandeira de luta de alguns movimentos feministas e de mulheres a favor da consideração das diferenças produzidas com base em classe social, raça, região, etnia, sexualidade, entre outros, experimentadas pelas mulheres, compreendemos que há divergências dentro da cena ativista de modo que as pautas não sejam necessariamente coincidentes. A precariedade do olhar destinado às populações vistas como minoritárias na PNAISM não parece se restringir ao âmbito das políticas públicas, uma vez que, de acordo com Layla Carvalho (2017) e Carmen Silva (2016), também estudos e pesquisas têm invisibilizado a incidência política dos movimentos de mulheres negras e de trabalhadoras.

No que diz respeito ao uso da noção de sexualidade, o texto apresenta o termo diretamente em sete ocasiões, sendo em sua maioria vinculado à noção de reprodução, o que é explicitado na afirmação de que a reprodução corresponde a uma “dimensão especial” da sexualidade (BRASIL, 2004a, p. 39). No modo como é acionada pelo documento para discutir a “mortalidade materna”, a sexualidade possibilita contextualizar a gestação como um evento na vida das mulheres – e não como um processo patológico -, o que acaba por conferir à sexualidade uma posição mais de meio do que de fim em si mesma.

Ainda que no início do documento esteja presente a ideia de que a sexualidade coloca-se na saúde da mulher em consonância com a perspectiva dos direitos das mulheres, ao longo da política o tratamento oferecido à questão evidencia uma constituição a partir do referencial biomédico de corpo, mulher e sexo. De maneira similar, incluem-se também os termos sexo e sexual: o primeiro surge somente em seu sentido de designação de diferença sexual em discussões demográficas – a não ser pela menção a profissionais do sexo -; o segundo se apresenta inserido em companhia de noções de transmissibilidade de agravos à saúde e violência.

Diversos marcadores da saúde da mulher presentes entre as ações prioritárias da política orbitam o potencial reprodutivo do corpo feminino do ponto de vista biomédico, tais como menopausa, fertilidade, gravidez, puerpério e contracepção; ao passo que também se

fazem presentes diretrizes para violência doméstica, saúde mental e saúde da trabalhadora, por exemplo. Não vemos nesse cenário a manifestação de uma contradição, mas sim de um campo em disputa atravessado por vetores diversos cujas trajetórias, em muitos casos, antecedem a formulação da política, como se vê na transversalização de gênero e no materno-infantilismo.

Considerando a história da saúde da mulher no Brasil, principalmente ao longo da década de 1980, encontramos junto com a formulação do PAISM um movimento intenso de crítica às práticas hegemônicas de atenção à saúde das mulheres, enfatizando a verticalidade e a restrição das ações devido a contemplarem apenas o ciclo gravídico-puerperal das mulheres. A denúncia de que a saúde da mulher limitava a mulher ao seu papel de progenitora trouxe visibilidade tanto para o enfoque em temas específicos ligados à reprodução, quanto para as lacunas relativas a questões não abarcadas pelas políticas de saúde, tal qual sexualidade, envelhecimento e violência.

Sendo assim, a presença significativa da dimensão reprodutiva na PNAISM pode ser atribuída, em parte, ao próprio histórico do campo da saúde, dada a prevalência do modelo de atenção materno-infantil no Brasil. No entanto, é também devido às lutas históricas nesse campo que outras dimensões para além da reprodução integram o texto da política. Ou seja, ainda que se apresente como uma proposta mais abrangente e inovadora, a força de alguns marcadores do que conforma a mulher, seu corpo e sua saúde persistem, evidenciando que a PNAISM, assim como qualquer outra política pública, é tramada na complexidade dos processos históricos, sociais e políticos do Brasil.

## Capítulo 5 - Uma conjuntura de e por ampliação de direitos

A socióloga e ativista feminista Jacqueline Pitanguy<sup>39</sup> (2011, p. 21) lembra que processos políticos relacionados à ampliação e garantia de direitos são campos marcados por embates, negociações e conflitos de interesse, trazendo a “marca dos atores políticos envolvidos em sua configuração, assim como as marcas do seu tempo histórico”. A conjuntura que analisaremos aqui compreende um período de tempo anterior à publicação da PNAISM e posterior à mesma, a partir do qual buscamos entrar em contato com o contexto social, histórico e político no qual o documento da PNAISM tornou-se possível.

O estudo das condições de possibilidade da feitura da PNAISM nos permite compreender o complexo, heterogêneo e não consensual campo de jogo armado em torno dessa política pública voltada à saúde das mulheres. Para isso, abordaremos, em um primeiro momento, o envolvimento dos movimentos sociais com a formulação da política. Nosso percurso deixará a ver a implicação da sociedade civil organizada no debate da PNAISM, por meio, sobretudo, da ocupação de espaços formais e informais no organismo do governo. Devido à participação acentuada de mulheres ativistas nesse processo, privilegiamos o papel desempenhado pelos movimentos sociais feministas e de mulheres.

Em seguida, partimos para o estudo da dinâmica que diz respeito aos atores mais diretamente vinculados à estrutura estatal nos setores de administração pública do governo federal, como a Secretaria de Políticas para Mulheres e a Área Técnica de Saúde da Mulher. Com o intuito de mapear as forças que perpassam o chamado “primeiro escalão” do governo, discutiremos, de forma breve, a posse de Luis Inácio Lula da Silva na presidência da República e a nomeação de ministros centrais para a PNAISM. Por fim, tratamos sobre as relações entre órgãos do nível federal do Estado e instituições de ensino e pesquisa a fim de caracterizar a forma como se deu a produção de conhecimento científico e acadêmico em saúde da mulher.

---

<sup>39</sup> Jacqueline Pitanguy é socióloga, cientista política e uma das fundadoras e coordenadoras da CEPIA. Atuou como presidenta do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e como membro do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Exerce a docência na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e tem uma produção bibliográfica expressiva na interface entre saúde, direitos das mulheres e feminismo.



## 5.1. Participação da sociedade civil no fazer da política

A participação da sociedade civil na elaboração dos termos da política e também em sua versão finalizada é apontada pelo próprio documento conceitual como uma característica democrática do processo, uma vez que para isso se contou com a colaboração “do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, das sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional” (BRASIL, 2004a, p. 5). Destacada ao longo de todo o texto como um exercício de afirmação da democracia e do direito da mulher à saúde, a participação popular deu-se pela presença de coletivos como: movimentos sociais de mulheres negras, movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento, Articulação de Mulheres Brasileiras, entre outros.

Uma vez que a participação social emerge no próprio texto da política como um ponto relevante, uma breve mirada sobre o conceito faz-se necessária, por se tratar de uma discussão significativamente presente na história da Saúde Coletiva brasileira. De acordo com a Secretaria Especial do Desenvolvimento Social do Ministério da Cidadania (BRASIL, 2015a), apesar de ambos serem direitos garantidos pela Constituição Federal e tratarem sobre a relação entre sociedade civil e Estado, participação popular e controle social guardam importantes diferenças entre si. O primeiro conceito refere-se ao processo no qual cidadãos e cidadãos se envolvem em tomadas de decisão, buscando influenciar a formulação de políticas públicas. Por outro lado, o controle social corresponde ao exercício de fiscalização e monitoramento do Estado por parte da sociedade civil, conforme esta supervisiona e avalia as ações desenvolvidas pelo governo (BRASIL, 2015a). Sendo assim, podemos dizer que o controle social seria uma das formas possíveis de se exercer a participação popular, dado que remete “às ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal” (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013, p. 141).

Rubens Adorno (1992, p. 114) retoma o contexto histórico no Brasil das décadas de 1970 e 1980, em relação à reforma sanitária e ao combate à ditadura, para destacar os múltiplos sentidos que os termos movimento social e participação trazem consigo. Eles expressariam, “ao mesmo tempo, oposição ao Estado, instituição de novas identidades e participação na burocracia pública como busca de incorporação de direitos”. Desse modo, compreendemos movimento social como uma forma de atuação da sociedade civil organizada que pode ter como interlocutor outras organizações sociais, instituições públicas e privadas, e o próprio Estado. A

existência de diferentes abordagens para esses três termos – participação popular, controle social e movimento social –, pode ser vista, por exemplo, na indiscernibilidade com a qual os termos podem ser tratados no cotidiano, fazendo com que sejam tomados por sinônimos (Adorno, 1992).

De acordo com Leonardo Rolim, Rachel Cruz e Karla Sampaio (2013), considerando o exposto na Constituição Cidadã, a participação popular inclui o controle social e pode ser exercida por movimentos sociais, embora não se confunda com eles. Isso pois, não se trata somente de institucionalizar a fiscalização do Estado por parte da população, mas de que esta possa envolver-se diretamente em instâncias deliberativas, estando presente na elaboração de políticas e nas tomadas de decisão.

O documento da PNAISM (BRASIL, 2004a), ao falar sobre participação social, inclui nesse bojo os movimentos sociais e reitera a importância dessa experiência tanto para a formulação da política, quanto para a legitimidade desta. É nesse tom que o texto aborda a participação social e, na maioria das vezes, esta vem acompanhada da menção ao movimento de mulheres e feministas. Ao final do documento, na seção que trata sobre os objetivos específicos da PNAISM, encontra-se presente a proposta de “fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres” (BRASIL, 2004a, p. 72), cuja estratégia consiste em promover o diálogo com movimentos sociais de mulheres e feministas para o aperfeiçoamento da política. Portanto, ainda que não discrimine especificamente quais ações seriam destinadas à participação e quais ao controle, compreendemos que o documento opera os dois conceitos a partir de uma diferenciação entre eles. Em nossa pesquisa, esse será também o caminho escolhido.

A afirmação, logo nos primeiros parágrafos de apresentação da PNAISM, de que o que ali está contido advém de um processo ampliado de construção, cujos participantes não se restringiram a ser representantes da política institucional, constitui-se como um marco a partir do qual o documento se coloca e que o aproxima de um dos princípios do SUS: a participação social em todas as esferas de governo - da formulação à implementação e avaliação de políticas públicas. A própria inclusão da participação social na lei orgânica do SUS responde ela mesma a um processo complexo de relação entre Estado e sociedade civil, marcado pela intensa atuação do movimento da reforma sanitária que, em conjunto com outros movimentos sociais buscaram, sobretudo a partir da década de 1980, “inserir-se nas arenas políticas formais para, com a ocupação de novos espaços de luta, disputar a orientação das ações e políticas estatais” (GONZALEZ, 2018).

Portanto, estamos diante de uma tripla entrada da sociedade organizada no que diz respeito à administração pública e à formulação de políticas, uma vez que a frente de tensionamento de parlamentares e gestores (*advocacy*<sup>40</sup>) conviveu com a presença sistemática de ativistas em espaços de participação popular e com a ocupação direta de cargos na estrutura do Estado por pessoas que integravam anteriormente a militância, ou que se colocavam próximas a ela em alguma medida. Esse processo que logrou transformar as relações historicamente forjadas entre os distintos espaços de poder no âmbito da política institucional teve como um dos efeitos uma diversificação dos atores formalmente envolvidos na construção de políticas públicas, abrindo forte precedente na cena brasileira para a emergência de diferentes grupos sociais como sujeitos de direito.

Entre os diferentes coletivos participantes da luta pela redemocratização do Brasil estavam, além do sanitarista, movimentos como o de operários, o de trabalhadores rurais sem terra e também diversos movimentos de mulheres. O forte protagonismo de mulheres no engajamento por democracia e contra a desigualdade entre homens e mulheres evidenciou o engendramento tramado entre as duas pautas, fazendo dessa uma importante bandeira de luta na história dos movimentos sociais no Brasil (GONZALEZ, 2019). Além disso, na conjunção operada pelos movimentos feministas e de mulheres associou-se a luta pela democracia ao enfrentamento da desigualdade entre mulheres e homens e à pauta da saúde das mulheres.

Partimos do contexto pré-PNAISM para analisar a experiência vivida na I Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras (CNMB) e o documento por ela gerado: a Plataforma Política Feminista (PPF). Em seguida, falaremos acerca da aproximação entre diversos segmentos dos movimentos sociais de mulheres e o Ministério da Saúde, especialmente, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em vista do exercício de composição entre a perspectiva de gênero, raça e etnia. O debate sobre o paradigma que orienta as práticas de saúde da mulher será visitado, considerando o exercício de *advocacy* praticado pelas ativistas para que suas pautas ganhassem território na agenda governamental. Por fim, abordaremos a complexa interação entre movimentos sociais e Estado, no que tange às políticas de saúde para mulheres.

Ainda que instâncias formais de participação social como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) estivessem ocupadas por integrantes dos movimentos feministas e de mulheres durante o período de formulação da

---

<sup>40</sup> De acordo com Jacqueline Pitanguy (2011, p. 21), *advocacy* significa advogar por uma causa, atividade que implica engajar-se em um “processo político cujo exercício é relacional, sujeito a correções de rumo em função de novas oportunidades e mudanças conjunturais”.

PNAISM, trataremos sobre elas na subseção 5.2, pois se configuram como organismos localizados, de certa forma, na estrutura do governo.

### **5.1.1. Movimentos de mulheres e movimentos feministas - intersecções entre integralidade e diversidade**

De acordo com o que discutimos no capítulo dois, entendemos os movimentos de mulheres no Brasil como plurais, possuidores de diferentes aportes teóricos e de uma variedade de pautas. Importa notar que o envolvimento de integrantes de movimentos sociais de mulheres não se deu somente na construção da PNAISM, sendo que houve ocupação de cargos no quadro estatal em períodos anteriores e posteriores ao da política mencionada, assim como houve mobilização para definição de demais políticas.

A cena nacional do início dos anos 2000 apresenta uma vivacidade de experiências de mobilização dos movimentos de mulheres na procura por exercer influência nos espaços de decisão política. Ao longo de 2002, mais de cinco mil mulheres de diversos segmentos sociais participaram da elaboração da Plataforma Política Feminista (PPF) no contexto da I Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras (CNMB). A CNMB foi um evento organizado de forma autônoma pela sociedade civil, sem participação de nenhuma esfera governamental, que teve como lema “70 anos do voto feminino – da conquista formal à transformação radical”. Realizada em Brasília, em junho de 2002, a CNMB foi convocada por articulações, redes e organizações nacionais dos movimentos feministas e de mulheres com o objetivo de construir a PPF<sup>41</sup>.

A Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB) desempenhou um papel central na convocatória da CNMB (CFEMEA, 2002b). Nascida com o intuito de articular a diversidade de organizações e ativistas dos movimentos de mulheres e engajá-las na participação do processo preparatório para a Conferência de Beijing, em 1994, a AMB seguiu atuando a partir do compromisso de monitorar e pressionar pela implementação das medidas previstas nos acordos de Cairo e Beijing. Posteriormente, a entidade assumiu uma agenda mais ampliada onde

---

<sup>41</sup> O comitê organizador da CNMB era composto por: Articulação de Mulheres Brasileiras; Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais; Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras; Comissão Nacional sobre a Mulher Trabalhadora da Central Única dos Trabalhadores; Rede de Mulheres no Rádio; Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; Rede Nacional de Parteiras Tradicionais; União Brasileira de Mulheres; Fórum Nacional de Mulheres Negras; Secretaria Nacional de Mulheres do Partido Socialista Brasileiro; Secretaria para Assuntos da Mulher da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Estabelecimento de Ensino; Centro Feminista de Estudos e Assessoria.

questões de raça, meio ambiente e reforma política passaram a despontar (SILVA, 2016; CFEMEA, 2014).

No final da década de 1990, a AMB passa a se deparar com um enfraquecimento da mobilização de seus núcleos regionais, registrando baixos índices de participação, o que é interpretado pela entidade como um período de crise do movimento social organizado. Tal cenário é o responsável por disparar um processo de avaliação interno que culmina em um balanço das políticas públicas federais, em 2000. Como resultado do balanço, a AMB identifica que a luta contra o racismo deve tornar-se uma das prioridades de sua agenda e estabelece uma aproximação intensa com movimentos de mulheres negras, a partir da qual se propõe a realização de um encontro nacional para fortalecer os movimentos feministas e de mulheres na luta por direitos e políticas públicas (SILVA, 2016).

O processo preparatório para o evento final em Brasília contou com reuniões regionais promovidas em todos os estados do país, de março a maio de 2002, para análise e debate do conteúdo da primeira versão da PPF. Para as rodadas estaduais, e eventualmente regionais, a CNMB não dispunha de financiadores externos, contando com um subsídio de coletivos e ONGs locais que variava significativamente conforme os próprios financiamentos desses grupos: “os poucos recursos estão sendo compensados pela vontade e interesse em participar desse momento histórico. (...) Cada uma entra com o que pode: *xerox*, lanches, almoço” (CFEMEA, 2002a, p. 3). Um exemplo representativo da mobilização em prol do evento vem de Gilda Cabral<sup>42</sup>, integrante do Cfemea e da comissão executiva da CNMB, que vendeu seu carro próprio a fim de subsidiar passagens das ativistas para os encontros da Conferência<sup>43</sup>. A etapa nacional, por sua vez, contou com financiamento de instituições nacionais e internacionais<sup>44</sup>, incluindo agências que já tinham alguma experiência em conceder verbas a ONGs e grupos feministas e de mulheres no país.

A partir de encontros onde os diálogos entre as mulheres eram entendidos como “espaços públicos de reflexão, explicitação de diferenças e consensos e elaboração de acordos de posicionamento coletivo”, foi desenhado um documento crítico, reflexivo e propositivo com fins de instrumentalizar os próprios movimentos sociais “para o confronto e para a negociação com outras forças políticas e sociais no Brasil”, assim como de subsidiar a

---

<sup>42</sup> Gilda Cabral é ativista feminista formada em Economia e Administração com especialização em Políticas Públicas. É uma das fundadoras do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea) e integrou a equipe permanente do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM).

<sup>43</sup> Informação concedida por Gilda Cabral através de comunicação informal.

<sup>44</sup> As instituições que patrocinaram o encontro nacional da CNMB foram: O Boticário; Fundação Heinrich Böll; Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; Fundação Ford; Actionaid; Avina; e Unifem. Informação concedida por Gilda Cabral através de comunicação informal.

elaboração de políticas públicas (CNMB-PPF, 2002, p. 2). É assim que a PPF é planejada e elaborada de modo a tornar-se uma referência de projeto político tanto para a construção da agenda dos movimentos sociais participantes, quanto no estabelecimento de suas ações no que se refere à incidência no Estado, em direção a partidos políticos e a gestores públicos de todas as esferas governamentais.

Com base em uma perspectiva feminista de problematização da sociedade e de seu modo de vida somada a um esforço de reposicionamento da mulher como sujeito político, a Plataforma dispõe suas ênfases em cinco eixos temáticos, quais sejam: democracia política; Estado democrático e justiça social; a inserção do Brasil no cenário internacional; democratização da vida social; liberdade sexual e reprodutiva. É através do trabalho em discussões, acordos e votações, envolvido na construção de cada um desses temas pelas ativistas participantes, que o documento se reconhece como processo no qual:

(...) os movimentos de mulheres reafirmam seu potencial de contestação, mobilização e elaboração política e, estrategicamente, posicionam coletivamente os conteúdos de seus discursos plurais frente ao contexto político brasileiro, reafirmando sua autonomia de pensamento, projeto e ação (CNMB-PPF, 2002, p. 2).

Já em 2002, a CNMB foi vista como a segunda maior movimentação e articulação de mulheres e feministas no Brasil, comparável somente ao “*lobby* do batom” que acontecera à época da Constituinte (CFEMEA, 2002c). Sueli Carneiro<sup>45</sup> (2003, p. 126) declara que a CNMB e a PPF promoveram um reposicionamento na luta feminista brasileira através do estudo crítico das “questões mais candentes da conjuntura nacional e internacional, nos obstáculos contemporâneos persistentes para a realização da igualdade de gênero e os desafios e mecanismos para a sua superação”. Além disso, para a filósofa, pesquisadora e ativista antirracista, ao incorporar os temas do racismo, da discriminação racial e das desigualdades de gênero e raça, a Plataforma reconhece quase duas décadas de ativismo das mulheres negras, representando um importante avanço no campo do feminismo no país:

Enfim o feminismo que sempre desejamos. Um feminismo em que cabemos todas e que oferece à sociedade um projeto de radicalização da democracia a partir de uma perspectiva inclusiva, valorizadora da diversidade e socialmente justa construído segundo nosso olhar feminista. Esse é o sentido da Plataforma Política Feminista (CARNEIRO, S. *apud* CFEMEA, 2002d).

---

<sup>45</sup> Sueli Carneiro é filósofa, doutora em Educação pela Universidade de São Paulo e ativista feminista e antirracista. Fundou e coordena o Geledés – Instituto da Mulher Negra, a primeira organização negra e feminista autônoma de São Paulo que atua nas áreas de direitos humanos, educação e comunicação. A obra de Sueli Carneiro é uma das principais referências do feminismo negro brasileiro, percorrendo temáticas de saúde, violência e racismo.

A edição de número 133 do Jornal Fêmea identifica a CNMB como um “espaço público de diálogo, disputa e aliança entre os movimentos de mulheres”, no qual foi possível afirmar o “caráter de sujeito político dos movimentos de mulheres e feministas” (CFEMEA, 2004a, p. 8). A ênfase no processo dialógico com o qual a CNMB e a PPF foram desenhadas reverbera na conexão entre a Plataforma e o fortalecimento da democracia, registrada no documento final do encontro. Da mesma forma, a afirmação da multiplicidade dos coletivos participantes e da ampla representatividade das mulheres que compuseram os encontros alinha-se com o programa de ação materializado na PPF, no sentido de buscar contemplar a diversidade das mulheres no Brasil. Sobre isso, Guacira César de Oliveira<sup>46</sup> (*apud* BRASIL, 2004d, p. 41) pondera que

com a plataforma feminista, reafirmamos que, os movimentos de mulheres e feministas querem radicalizar a democracia, deixando claro que ela não existirá enquanto não houver igualdade, que não haverá igualdade sem distribuição das riquezas. E não há distribuição das riquezas sem o reconhecimento das desigualdades entre os homens e mulheres, sem o reconhecimento das desigualdades entre brancos e negros, entre urbanos e rurais, contradições que hoje estruturam a pobreza no Brasil.

É nesse bojo que na Carta de Princípios da CNMB se encontra incluído o compromisso com a luta pela assistência integral à saúde das mulheres e pela defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (CNMB-PPF, 2002). A atenção com a saúde das mulheres perpassa todo o documento da PPF de forma articulada, sobretudo, com o paradigma da integralidade e a perspectiva de gênero, considerando as especificidades regionais, geracionais e de raça e etnia, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em conjunto com a afirmação desse modelo de assistência, o documento também trata sobre a transferência de recursos financeiros para os programas de saúde, advogando por maiores investimento e idoneidade no uso das verbas. A garantia do direito à saúde das mulheres por meio de um sistema público universal é defendida na PPF, acompanhada da problematização da sujeição desse direito à lógica neoliberal que avança sobre as políticas sociais restringindo

a democratização brasileira ao campo institucional e político, limitando os princípios da cidadania – alimentados pelos ideais de democracia política, diversidade cultural e sustentabilidade ambiental – e dificultando a garantia de justiça econômica e social baseada na equidade de gênero, raça/etnia e entre gerações (CNMB-PPF, 2002, p. 11).

Além de elaborar a PPF, todo o processo da CNMB foi capaz de produzir outros resultados e efeitos, entre os quais vale destacar a ampla mobilização nacional de mulheres e

---

<sup>46</sup> Guacira César de Oliveira formou-se em sociologia na Universidade de Brasília e tem uma longa trajetória no ativismo pelos direitos das mulheres. Integrou o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, participou da elaboração da Carta das Mulheres aos Constituintes e da fundação do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfêmea).

feministas. Advindas de diversas regiões e portando distintas bandeiras, as mais de cinco mil mulheres que autonomamente fabricaram a CNMB - às próprias expensas, como vimos – estiveram pensando e produzindo, simultaneamente, a relação entre movimentos sociais e Estado. À medida que organizaram um conjunto de encontros pulverizados pelo território nacional, as ativistas reafirmaram suas posições desde a sociedade civil na reivindicação de direitos e políticas públicas. Se nos anos seguintes veríamos uma série de eventos envolvendo movimentos sociais e participação popular, vale registrar que estes seriam majoritariamente convocados pelo governo federal. Sendo assim, a experiência da CNMB torna-se especialmente relevante em vista de seu pioneirismo e de sua capacidade de composição entre as diferenças.

Diante disso, podemos constatar que o conteúdo da Plataforma Política Feminista é significativamente vasto, denso e complexo e se estende para além do horizonte mais habitual das propostas de ação em saúde da mulher. Ao costurar modelo econômico, gênero, raça, etnia, sistema público de saúde, direitos reprodutivos, direitos sexuais, feminismo, entre outros, a PPF apresenta não apenas um programa de ação, mas também um questionamento da sociedade e dos sujeitos políticos por ela reconhecidos. Considerando que um dos objetivos da CNMB era de que a Plataforma informasse tanto os movimentos sociais, quanto a formulação de políticas públicas, entendemos que esse processo reverberou na elaboração da PNAISM, especialmente no que diz respeito ao debate promovido pelos movimentos feministas e de mulheres junto a representantes do Ministério da Saúde (ROCHA, VIEIRA, LYRA, 2011).

No que tange à formulação da PNAISM, os movimentos feministas envolvidos no debate sobre saúde caracterizavam-se por uma agenda composta notadamente pela afirmação do direito da mulher à saúde como parte essencial do conjunto dos direitos humanos, pela luta a favor da inclusão de gênero como questão transversal às políticas públicas e pela defesa da integralidade como modelo de atenção à saúde, entre outras pautas. Alguns grupos organizados à época vinham já de uma trajetória de organizações formais como, por exemplo, a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) de 1991, o Geledés – Instituto da Mulher Negra de 1988, a Cepia (Cepia Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação) de 1990, o SOS Corpo de 1981, o Cfemea (Centro Feminista de Estudos e Assessoria) de 1989 e a Articulação de Mulheres Brasileira de 1994. O objetivo das organizações, em geral, gira em torno de coordenar ações e pessoas em prol da luta pela ampliação da cidadania e dos direitos das mulheres a partir de uma perspectiva antirracista de emancipação feminina e de fortalecimento da democracia.



Levando em consideração a lista de parcerias apresentada no documento conceitual da PNAISM, há menção aos seguintes grupos da sociedade civil organizada: movimentos sociais; movimentos de mulheres negras; Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna); Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMRT); e Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB). Como afirmado no estudo do documento, vale lembrar que, os movimentos de mulheres indígenas, rurais e em privação de liberdade não participaram do processo de formulação da PNAISM desde seu início.

Composta majoritariamente por mulheres negras e de classes populares, a AMB desenhou seu projeto político com muita influência dos movimentos de mulheres trabalhadoras e camponesas, fazendo com que a agenda de gênero convivesse com os temas de trabalho, raça, etnia e classe social (SILVA, 2016). Esse arranjo produziu efeitos não somente na própria AMB e em suas integrantes, mas também nos espaços de encontro entre movimentos sociais feministas e de mulheres, fazendo reverberar na formulação de políticas como a PNAISM. De acordo com Carmen Silva (2016) e Johanna Monagreda (2018), a diversidade de identidades em contextos participativos e deliberativos contribuiu para o respeito e o reconhecimento das diferenças e especificidades entre as mulheres.

Um dos articuladores apontados como centrais para a mobilização da sociedade civil em benefício dos direitos das mulheres e da luta antirracista ao longo das últimas décadas é o movimento de mulheres negras, que constitui um dos segmentos que advoga pela ampliação da diversidade na constituição de espaços participativos, uma vez que “as opressões atingem de maneira diferenciada as mulheres” (SCHUMAHER, 2018, p. 22). Com presença marcante nos debates sobre as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres (CARVALHO, 2018; MONAGREDA, 2018; SILVA, 2016), o movimento negro debate a condição de vida das mulheres, pressionando para que as políticas observem a dimensão racial e étnica da população de modo a enfrentar as desigualdades sociais advindas da discriminação.

Tendo em vista que, historicamente, o racismo tem influenciado a assistência e a pesquisa em saúde de modo sistemático no Brasil, os movimentos negros têm pautado a urgência de incluir a perspectiva de raça nas políticas públicas de modo a considerar as especificidades presentes no processo de saúde e doença dessa população (OLIVEIRA, 2003; WERNECK, 2016). Fátima Oliveira (2003) observa que a atuação dos movimentos sociais vem levantando essa questão através de reivindicações e de produção de conhecimento científico e acadêmico, de forma mais acentuada desde a década de 1990. Ainda na década de 1980, temos o exemplo da Carta de

Itapecerica, apresentada no capítulo três, tratando sobre o tema da discriminação e das condições desiguais de vida. Porém, será no início dos anos 2000 que duas publicações, organizadas em parceria com agências internacionais, ganhariam relevo por visarem a fomentar a produção de políticas públicas de saúde voltadas para a população negra: o estudo “Saúde da população negra: Brasil ano 2001” de autoria de Fátima Oliveira e publicado pela OPAS; e o relatório do Workshop Interagencial Saúde da População Negra, realizado em dezembro de 2001, em Brasília, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da OPAS<sup>47</sup>.

É nesse sentido que, antes mesmo de 2004, a questão da diversidade entre as mulheres, principalmente as identificadas como negras, indígenas, lésbicas, camponesas, trabalhadoras urbanas já estava presente em cartas e documentos oriundos de encontros dos movimentos feministas e de mulheres, feito a Plataforma Política Feminista. Portanto, a incorporação de grupos minoritários na PNAISM pode ser vista como resultado da aproximação entre os distintos movimentos de mulheres e feministas e sua pressão para que setores do governo reconhecessem os diferentes níveis de desigualdade entre as mulheres brasileiras através da ampliação dos sujeitos de direito na política. A médica e ativista pelos direitos das mulheres Fátima Oliveira (2011a) denota o caráter dialogado com o qual a PNAISM fora elaborada, diretamente relacionado ao fato de que a ATSM buscou ativamente incluir nesse processo os movimentos de mulheres em sua diversidade.

A ação organizada dos coletivos feministas no período da elaboração da PNAISM pode ser vista também na pressão para que o planejamento e o orçamento públicos absorvessem a perspectiva de gênero e raça, buscando, através da prática de *advocacy*, intervir nos debates nos Poderes Legislativo e Executivo (CFEMEA, 2004b). O entendimento era de que

no debate com o Executivo, as organizações feministas e anti-racistas têm afirmado que todos os programas e projetos previstos no novo PPA, ainda que pareçam ter um caráter muito técnico ou neutro, terão implicações sobre as relações de gênero e étnico-raciais. Há que mensurá-las e revelá-las para o conhecimento e controle público (CFEMEA, 2004c).

Segundo Jacqueline Pitanguy e Leila Barsted (2011), ao longo dos anos de 2000, os movimentos sociais pelos direitos das mulheres ampliaram sua entrada no legislativo, fazendo com que, através da prática do *advocacy*, um conjunto de reivindicações fosse absorvido em normativas e no planejamento governamental. As autoras destacam a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) como uma marca desse processo, uma vez que os documentos daí advindos “se constituíram em parâmetro para orientar políticas públicas com

---

<sup>47</sup> Conferir: WERNECK, MENDONÇA, WHITE, 2000.

a transversalidade de gênero e de raça/etnia” (PITANGUY, BARSTED, 2011, p. 16). No período, o *advocacy* também mirou os temas de violência contra a mulher, a ampliação dos direitos de pessoas homossexuais, travestis e transgêneros, o acesso à medicação de HIV/Aids e a garantia do direito ao aborto legal (CFEMEA, 2004d).

Os espaços de participação institucionalizada foram ocupados intensamente pelos movimentos feministas e de mulheres no período. Sobretudo, a partir de 2003, considerando que, durante a gestão Lula, houve abertura de “espaço para a combinação mais criativa de diferentes práticas e rotinas, ampliando as chances de acesso e influência dos movimentos sobre o Estado, obviamente com variações setoriais importantes” (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 326). O papel central que instâncias participativas ganharam na nova administração federal foi investido de presença sistemática e aguerrida das ativistas pelos direitos das mulheres, que trouxeram para esses eventos “o empenho, a mobilização e o compromisso político dos movimentos sociais” (CFEMEA, 2005a). Portanto, conforme assinalam Marlise Matos<sup>48</sup> e Isabella Lins (2018, p. 140), as Conferências e os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres “devem ser compreendidos como uma etapa importante dos processos intrincados e complexos das lutas por reconhecimento e inclusão das mulheres brasileiras”. Sobretudo, quando consideramos a magnitude da CNMB enquanto um evento autônomo da sociedade civil.

As feministas trabalharam tanto na direção de inserir temas de interesse na agenda do Congresso e da Câmara, quanto na oposição e enfrentamento de propostas conservadoras provenientes dos próprios parlamentares. A primeira edição do Jornal Fêmea em 2004 (CFEMEA, 2004b) narra o empenho em tentar intervir na elaboração do Plano Plurianual (PPA) de 2004 a 2007, a fim de que questões de gênero e raça integrassem suas diretrizes e metas. Uma das emendas propostas ao PPA, em 2003, foi a recriação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, resultado do trabalho conjunto entre movimentos feministas e a bancada feminina do Legislativo (CFEMEA, 2004b).

A pressão sobre o PPA se coaduna com a perspectiva adotada pelas ativistas de que não basta exercer a participação no contexto das conferências, sendo necessário dar continuidade ao acompanhamento dos projetos, “monitorando as proposições para que elas saiam do papel e, principalmente, de olho nos recursos orçamentários para a efetivação das políticas para as mulheres brasileiras” (CFEMEA, 2004e). A permanente construção da

---

<sup>48</sup> Marlise Matos formou-se em psicologia, é professora do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, e coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher e o Centro do Interesse Feminista e de Gênero. Exerceu também a função de assessora da sociedade civil da ONU Mulheres Brasil. No âmbito da pesquisa, tem trabalhado com os temas: relações de gênero, políticas públicas, movimentos sociais e comportamento político de mulheres.

relação entre movimentos sociais e Estado, ao redor da formulação da PNAISM, aponta para uma maior participação social nos mecanismos - formais e informais do governo federal - que faz emergir o delicado ajuste entre a institucionalização dos movimentos sociais e o tensionamento crítico do governo. Sobre isso, na ocasião da I CNPM, Eleonora Menicucci<sup>49</sup> (*apud* CFEMEA, 2004e) convoca as organizações da mobilização popular com a finalidade de

fazer uma discussão profunda e séria da nossa relação com o governo. Nós da AMB [Articulação de Mulheres Brasileiras], Marcha [das Margaridas], Rede Saúde [RFS] temos de voltar para nossos lugares de sujeitos da sociedade civil e fazermos o controle social da implementação dessas diretrizes por parte do governo. Nós somos parceiros, mas não somos responsáveis por essa implementação.

O chamado de Eleonora Menicucci às parceiras de ativismo ressalta a complexidade de um cenário no qual, para as feministas, não se tratava apenas de entregar uma lista de reivindicações aos representantes do governo, seja do poder Executivo ou do Legislativo, mas sim de promover o reconhecimento da mulher enquanto sujeito político detentor de assento e voz na relação com o Estado. Portanto, entender que os agentes de governo tão somente refletiam os pleitos provenientes da sociedade civil parece constituir uma perspectiva rasa de análise. O estudo da conjuntura da formulação das políticas públicas de saúde para mulheres vai deixando ver as intensas redes de discurso e influência, a partir das quais os movimentos sociais faziam mais do que informar o governo, pois forneciam também legitimidade e oportunidade para a implementação de determinados programas.

Acerca da participação dos movimentos sociais feministas e de mulheres na feitura da PNAISM, Maria José Araújo e Maria Cecilia Simonetti (2014) avaliam que a influência dessas mulheres foi preponderante para a problematização dos paradigmas tradicionais que orientavam as políticas de saúde da mulher, tendo contribuído para o avanço da universalidade e da integralidade no SUS. As autoras identificam, ainda, que a presença de ativistas em “contextos críticos da saúde da mulher no Brasil impediu ou atenuou o avanço de pautas antidireitos, como a aplicação das políticas demográficas e os abusos cometidos no corpo das mulheres” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2014, p. 126).

Nos interessa destacar a pauta sobre o modelo de atenção à saúde das mulheres por entender que tal tema reflete não somente uma disputa pelo modo de fazer a assistência, mas

---

<sup>49</sup> Eleonora Menicucci é socióloga, formada pela Universidade Federal de Minas Gerais, com mestrado na mesma área e doutorado em ciência política. Militante feminista desde a década de 1970, filiou-se ao Partido dos Trabalhadores e participou da fundação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Durante a ditadura, Eleonora Menicucci foi perseguida, presa e torturada por três anos. Entre 2012 e 2015, na gestão de Dilma Rousseff, foi ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atualmente é professora titular de Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo.

também um debate acerca de qual seria o objeto de intervenção das ações, posicionando no centro desse processo o modo como compreende mulher. Com isso queremos apontar para o fato de que uma proposta de serviços de saúde voltada especificamente para uma população carrega, necessariamente, um entendimento de quem é esse sujeito-alvo da política. Tendo em vista o interesse da presente pesquisa em analisar a forma com a qual as políticas públicas de saúde significam mulher no Brasil, entendemos que o estudo sobre a disputa pelo modelo de atenção à saúde a partir da atuação dos movimentos sociais de mulheres e feministas torna-se estratégico para alcançar nossos objetivos.

### **5.1.2. A integralidade e o modelo de atenção à saúde em foco**

A discussão sobre o modelo de atenção à saúde responsável por fundamentar serviços e ações no que diz respeito às políticas públicas de saúde voltadas às mulheres é longa, profícua e muito estudada de acordo com uma perspectiva que, em geral, organiza os diferentes modelos em dois paradigmas: o materno-infantilista e o da saúde da mulher (CASTILHOS, 2011; DINIZ, 2011; VENTURA, 2011). O primeiro modelo caracteriza-se por um escopo de ações restritas ao ciclo gravídico-puerperal na perspectiva do feto e da criança e é vista como predominante no corpo das políticas públicas de saúde de 1970 a 1980, no Brasil (VENTURA, 2011). Já o paradigma da saúde da mulher baseia-se no postulado da atenção integral à saúde das mulheres em todas as fases da vida, incluindo o exercício de sua sexualidade e a autonomia reprodutiva e pode ser visto formalmente pela primeira vez no âmbito das políticas públicas federais a partir do PAISM, em 1983 (DINIZ, 2011; VENTURA, 2011).

Tendo inaugurado um modelo de atenção à mulher que incorporava outras figuras além da gestante, do feto e da criança, o PAISM estabeleceu também o paradigma da integralidade como princípio norteador das ações em saúde. O conceito de integralidade é parte indissociável do movimento pela reforma sanitária no Brasil dos anos de 1970 e 1980 e consiste em uma dupla dimensão que, por um lado, faz referência a um aspecto organizacional do sistema de saúde e, por outro, às próprias práticas de atenção. O primeiro aspecto fala sobre a integralidade do sistema de saúde em todos os níveis de assistência, propondo outra forma de organizar as ações, rompendo com a verticalidade de tradicionais programas de saúde no Brasil. Já a dimensão que corresponde diretamente à assistência, aposta na articulação entre ações de

prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde, assim como em uma perspectiva não reducionista da pessoa e de seu processo de saúde e doença (MATTOS, 2006).

Não só o movimento de mulheres, mas também o movimento sanitaria, construiu e elegeu a integralidade como uma das mais importantes bandeiras da luta por um sistema público de saúde no país. Essa história que torna a experiência brasileira muito singular na sua relação com o conceito de integralidade e, portanto, com a sua introdução no tema dos modelos de atenção à saúde, faz com que também a proposta de saúde da mulher ganhe contornos específicos, uma vez que diretamente associada à perspectiva da integralidade das ações.

Layla Carvalho (2017) e Wilza Villela (2000) discutem a diferença entre o conceito de integralidade e o de direitos sexuais e reprodutivos como norteadores da luta dos movimentos feministas por políticas públicas no contexto brasileiro, uma vez que, para as autoras, ainda que os conceitos estejam relacionados, eles remetem a distintas origens e dinâmicas. O texto da PNAISM (BRASIL, 2004a) indica que a integralidade está colocada como um princípio norteador para a saúde da mulher, ao lado da promoção à saúde, possibilitando a ampliação do escopo de ações voltadas às mulheres, assim como a inclusão das múltiplas realidades regionais do Brasil no planejamento e execução dessas ações.

Já os direitos sexuais e reprodutivos são posicionados no documento como campo cujo domínio constitui interfaces com a saúde. Nesse sentido, o próprio texto da política estabelece o uso desses dois conceitos a partir de sua filiação epistemológica, uma vez que integralidade corresponde a um conceito considerado originário da área da saúde, fazendo referência não somente à saúde da mulher, mas à constituição do SUS e também de um modelo específico de atenção à saúde. Por outro lado, os direitos sexuais e reprodutivos localizariam-se dentro do campo jurídico no conjunto dos direitos humanos.

O conceito de saúde reprodutiva como um indicador das necessidades de saúde ligadas ao processo de gestação, parto e puerpério, e à própria escolha por ter ou não filhos, responde a um esforço de deslocamento da ideia de reprodução como um destino das mulheres para uma posição de direito de cidadania (ARILHA, BERQUÓ, 2009; VILLELA, 2000). Os debates ligados à Conferência do Cairo e à de Beijing priorizaram o conceito de direitos sexuais e reprodutivos como ponto de partida para a criação de políticas voltadas às mulheres – incluindo as de saúde – produzindo, dessa forma, um marco tanto no plano dos encontros internacionais - no sentido de uma linguagem comum -, quanto no plano regional dos países signatários - no sentido de um eixo estruturante da formulação de políticas -, como foi o caso do Brasil. Ao passo que integralidade na história da saúde da mulher no Brasil concerne a

uma ideia que se baseia em “situar a mulher como sujeito e não como objeto reprodutor” (VILELLA, 2000) trazendo para a cena da saúde também as condições sociais de vida dessa população.

Segundo Layla Carvalho (2017), o conceito de integralidade ordenou a formulação de políticas públicas de saúde da mulher no Brasil de 1984 até o início da década de 1990, perdendo hegemonia, a partir de então, para o paradigma dos direitos sexuais e reprodutivos. Porém, Ana Maria Costa<sup>50</sup> (2013) e Fátima Oliveira (2011a) identificam que a PNAISM representou um movimento da política institucional que vai na direção de retomar a abordagem da integralidade em um diálogo muito próximo com os paradigmas estabelecidos pelo PAISM em 1983, utilizando-se desse marco ao mesmo tempo em que o reforça: “foram elaborados documentos que transformaram um mito fundador, o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em política, o PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), duas décadas depois” (OLIVEIRA, 2011a).

É justamente por não perceber os conceitos em questão como iguais que diversas mulheres ativistas pelos movimentos feministas problematizam o que identificam como a adoção de um – direitos sexuais e reprodutivos – em detrimento de outro – integralidade. Ana Maria Costa (COSTA, 2013; COSTA *apud* CARVALHO, 2017), médica sanitária e ativista pela saúde da mulher, afirma que a abordagem da integralidade não somente inclui as questões relativas a sexualidade e gênero, mas também os determinantes sociais da saúde e a dimensão dos diferentes níveis de atenção no SUS numa perspectiva de ampliação de cidadania. Para ela, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos apresenta uma perspectiva “míope” (COSTA, 2013) em face ao contexto histórico e social que a integralidade possui na experiência brasileira.

Feministas como Maria Amélia Teles<sup>51</sup> e Edna Roland<sup>52</sup>, em entrevista concedida a Layla Carvalho (2017), também sustentam que o conceito de integralidade é mais amplo e

---

<sup>50</sup>Ana Maria Costa formou-se em medicina, é professora no Programa de Pós Graduação na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal e diretora do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Desde a década de 1980 já atuou em diversos cargos na administração pública no âmbito da saúde, integrando, inclusive, a coordenação da formulação do PAISM. Tem uma vasta produção científica na área da saúde nos temas: políticas públicas, gestão, gênero e saúde da mulher.

<sup>51</sup>Maria Amélia Teles é jornalista, escritora e militante feminista e política. A partir dos anos de 1960 se filiou ao Partido Comunista Brasileiro, tendo sido perseguida, presa e torturada pelo Estado durante a ditadura militar no Brasil. Participou como assessora da Comissão da Verdade do Estado e do município de São Paulo. Atualmente, Amelinha (como é conhecida) exerce a coordenação do Projeto Promotoras Legais Populares e integra a Comissão de familiares de mortos e desaparecidos políticos.

<sup>52</sup>Edna Roland é psicóloga e ativista antirracista e feminista. Integrou o movimento estudantil e de esquerda durante a ditadura militar brasileira, pelo que foi perseguida e afastada da universidade. Edna Roland participou da fundação de quatro organizações ligadas ao movimento negro, foi pesquisadora visitante na Universidade de Harvard e coordena o escritório de Combate ao Racismo e à Discriminação Racial da UNESCO para a região de América Latina e Caribe.

politicamente forte na saúde pública brasileira abarcando, inclusive o conceito de direitos sexuais e reprodutivos. A esse respeito, ao observar a PNAISM, defende-se a tese de que a perspectiva da integralidade ganharia mais complexidade, uma vez que se refere à mulher como um todo, em todas as fases da vida – e não somente o ciclo gravídico-puerperal – e também à diversidade de mulheres por identificar a existência de especificidades culturais, étnicas, regionais, entre outras, expressas nos grupos que nomeou: mulheres rurais, indígenas, negras, etc. (COSTA, 2013; OLIVEIRA, 2012b; PIMENTEL, 2014).

Por outro lado, também encontramos feministas e pesquisadores posicionando-se de forma a endossar o uso do conceito de direitos sexuais e reprodutivos através de um entendimento de que tal constructo incorpora a dimensão da saúde integral da mulher e representa uma evolução nesse debate (CORREA, ALVEZ, JANNUZZI, 2006; ARILHA, BERQUÓ, 2009) por envolver diretamente os homens no tema da reprodução e por operar como um “catalisador para a ampliação de outros direitos” (CORREA, ALVEZ, JANNUZZI, 2006). Miriam Ventura (2011) relaciona os direitos sexuais e reprodutivos a um conjunto maior de direitos humanos cujo objetivo seria o de garantir o exercício da sexualidade e da reprodução de forma livre, em consonância com uma ideia ampliada de saúde onde não se trata apenas de uma condição biológica, e sim de uma questão de cidadania e justiça social.

Considerando a complexa trama de forças e atores políticos – institucionalizados ou não – no processo de produção de normatividades na saúde nacional, a existência de acordos internacionais onde o eixo discursivo residia no conceito de direitos sexuais e reprodutivos desempenhou um papel fundamental na criação de “possibilidades de mudanças no âmbito da cidadania vinculada à sexualidade e à reprodução” no Brasil (ARILHA, BERQUÓ, 2009, p. 88). Com isso, as autoras apontam para a presença significativa da linguagem internacional na dinâmica local contribuindo com o movimento feminista na disputa pela formulação de políticas públicas. Tal movimentação colaborou para a consolidação da perspectiva defendida tanto em âmbito nacional, quanto internacional segundo a qual “as mulheres não seriam mais vistas pelo sistema de saúde como as mulheres-mães apenas, mas também enquanto portadoras de necessidades específicas, como sujeitas de direito no campo da sexualidade e da reprodução” (ARILHA, BERQUÓ, 2009, p. 89).

Vale destacar que ao mesmo tempo em que, conforme pontuado acima por Margareth Arilha e Elza Berquó (2009), o conceito de direitos sexuais e reprodutivos imprime fôlego e reforça a luta nacional pela saúde da mulher, ele também coloca em funcionamento um processo de tradução de um ideário via um deslocamento dos códigos locais para códigos



internacionais, de forma que possa reverberar na disputa política. Nesse sentido é que surge a possibilidade de emergirem ruídos no encontro entre a perspectiva internacional e o contexto histórico regional onde outros conceitos – como no caso da integralidade – gozam de maior disseminação, poder de mobilização e credibilidade (CARVALHO, 2017; COSTA, 2013).

No documento da Plataforma Política Feminista aprovado pela CNMB em 2002, consta a presença de ambos os conceitos – integralidade e direitos sexuais e reprodutivos – sem a indicação de que o uso de um incluiria ou dispensaria o uso do outro. O texto pauta a assistência integral à saúde da mulher dentro do quadro temático nomeado “Estado democrático e justiça social” como um desafio a ser garantido por meio da formulação de políticas públicas de saúde afirmativas que considerem questões de gênero, raça/etnia, faixa etária e profissão/ocupação em áreas rurais e urbanas. No que toca aos direitos sexuais e reprodutivos, a PPF se dedica a abordá-los principalmente no eixo “Liberdade sexual e reprodutiva”, aludindo à luta pela autonomia dos corpos das mulheres e pelo direito ao planejamento familiar numa perspectiva dos direitos humanos, considerando a necessidade de problematizar e transformar a visão cultural da mulher, seu corpo e seu papel na sociedade brasileira.

Portanto, vemos que o documento redigido em um longo processo de diálogo entre cinco mil e duzentas mulheres ativistas brasileiras posiciona-se de forma a agregar os dois conceitos em seu horizonte. Ao conceito de integralidade é imprimida uma localização mais evidente no rol da saúde pública e, especificamente, na atenção à saúde da mulher, demarcando a abordagem dessa temática dentro do conjunto de questões do Estado. Por outro lado, a PPF confere à discussão de direitos sexuais e reprodutivos um terreno ampliado que implicaria o papel da cultura, da economia e da política no jogo.

Sendo assim, a partir do debate, identificamos a presença de uma perspectiva que entende que o conceito de direitos sexuais e reprodutivos não compete com o conceito de integralidade, pelo contrário, já que o segundo estaria contemplado no conjunto abarcado pelo primeiro. Outra perspectiva dá conta de que direitos sexuais e reprodutivos encontram-se relacionados ao contexto de organismos internacionais - como a ONU - e suas respectivas conferências, ao passo que o conceito de integralidade representa um movimento significativo na história da saúde pública brasileira, colocando-os em oposição entre si. Por outro lado, conforme Margareth Arilha e Elza Berquó (2009) afirmam, faz-se necessário ter sob consideração o fato de que a formulação dos conceitos de saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos nas Conferências do Cairo e de Beijing contou com a contribuição da delegação

brasileira que, à época, já vinha imbuída da discussão sobre integralidade na saúde da mulher, haja vista a elaboração do PAISM.

Diante disso, observamos a existência de uma multiplicidade de abordagens alimentando o discurso da reivindicação pelo direito à saúde das mulheres que parece não se resumir a uma mera opção por termos, mas sim por um certo tipo de código responsável por representar a bandeira pela qual se luta. Wilza Villela (2000) destaca que nenhum dos termos – integral, reprodutivo, sexual – é natural, pois todos portam a trajetória de suas próprias conformações, relacionando-se também com a história de muitas mulheres cujo ativismo foi crucial para a sustentação de qualquer uma das ideias. A trama para qual a autora aponta joga luz para o papel fundamental dos movimentos de mulheres na adoção e na disseminação das ideias em jogo, ainda que em disputa, pois não se trata de entender a integralidade como algo superado ou morto, mas sim como coexistente na dinâmica do campo de saúde da mulher na saúde pública nacional. Afinal, como narrado por Margareth Arilha e Elza Berquó (2009), o conceito de direitos sexuais e reprodutivos não passou imune ao conceito de integralidade, pelo contrário, já que a experiência brasileira com este desempenhou papel relevante na confecção daquele.

Eliane Cruz (2015) afirma que a atuação dos movimentos sociais contribuiu para tornar possível a promulgação da política, assim como para conferir-lhe pertinência e legitimidade. A mobilização de recursos, pessoas e paradigmas empreendida pelas ativistas promoveu o debate sobre temas que constam na PNAISM muito antes que o processo de formulação da própria política fosse disparado. A problematização sobre o modelo de atenção à saúde das mulheres foi um dos pontos intensamente discutidos por iniciativa dos movimentos sociais, no sentido de reafirmar a integralidade - e não o materno-infantilismo - como baliza organizadora das práticas em saúde da mulher. A esse respeito, a pesquisadora (CRUZ, 2015, p. 120) comenta:

Assim, a disputa de concepções sobre o conceito de atenção à saúde da mulher gera tensionamentos e perpassa os movimentos sociais e entidades da sociedade civil e governos e é definidor de alinhamento entre as pessoas que ocupam esses espaços no que tange ao papel da mulher na sociedade.

A questão sobre qual conceito melhor definia as pautas elencadas pelo movimento feminista na saúde se manifesta, portanto, como um plano em aberto cujas implicações podemos observar a partir do cruzamento entre o estudo do texto da política e a análise da conjuntura dos movimentos de mulheres e feministas. Tal dinâmica faz convergir questões complexas como a mobilização de instituições internacionais, o contexto político-

governamental brasileiro e o ativismo social. Trata-se do exercício de consolidação de um discurso por meio de um processo visivelmente não consensual e não linear.

Embora o texto acabado da política e a indicação de que sua produção se realizou através da parceria com diversos atores remetam a uma ideia inicial de comunhão e adesão ao conjunto de normativas ali propostas, as divergências tornam-se visíveis à medida que ativistas feministas, por exemplo, problematizam justamente como e se o conceito de mulher por elas defendido encontra-se presente nos termos da PNAISM. A tradução sem consentimento de alguns conceitos-chave, a parcial incorporação de certas pautas e a recusa completa de outras na forma final do documento da política fala sobre os limites da relação entre movimentos sociais e Estado. Solange Rocha, Ana Vieira e Jorge Lyra (2011, p. 289) argumentam que no processo de interação para a formulação de políticas para mulheres, há um “esvaziamento de conteúdo transformador da abordagem de gênero adotada nas políticas públicas, assim como a minimização da agenda de direitos das mulheres”, uma vez que a radicalidade das ativistas entra em choque com o conservadorismo de importantes setores do governo.

Ao reunir-se com integrantes do MST, dos movimentos negro, indígena, de lésbicas, entre outros, a equipe da ATSM expande seu campo de visão para além do movimento sanitaria e feminista que já habitava o espaço do setor – dada a trajetória das mulheres que compunham a equipe. Segundo Cyntia Sarti (2004) e Carmen Silva (2016), a coexistência – muitas vezes não pacífica - das diferenças internas aos movimentos de mulheres e feministas no Brasil fez com que algumas pautas reconhecidamente oriundas das classes populares fossem conjugadas a outras demandas mais afinadas com as classes intelectualizadas e de maior condição financeira.

Diante disso, podemos dizer que a pesquisa parece indicar que a diversidade encontrada nos movimentos feministas e de mulheres que circulavam nas instâncias governamentais no período de formulação da PNAISM interferiu no desenho da política, de forma a nela imprimir algumas marcas. A participação de setores fora do eixo classe média-branca-urbanizada forçou a entrada na agenda de outras formas de opressão e discriminação para além do sexismo, provocando a revisão de teorias, táticas e prioridades (CARNEIRO, 2003; CFEMEA, 2004c). As ativistas chamaram a atenção para o fato de que, seja de forma explícita ou não, as políticas carregavam consigo um componente de gênero e de raça.

Portanto, tendo em vista o compromisso com o enfrentamento das desigualdades, o caminho a ser percorrido passava necessariamente pela visibilização dessas forças, reconhecendo que “a organização do Estado, especialmente a sua lógica de formulação de políticas, interfere na

vida das mulheres, determinando, sancionando, reproduzindo ou alterando padrões de relações de gênero, raça e etnia, e a liberdade de orientação sexual” (CFEMEA, 2004e).

## **5.2. Espaços institucionais do Estado e o desafio de transversalizar o “gênero” nas políticas públicas**

O envolvimento de órgãos institucionais no processo de formulação de políticas públicas faz parte da já esperada trajetória das mesmas, sobretudo no que diz respeito a entidades ligadas ao governo. Nesse tópico trataremos de órgãos e agentes diretamente vinculados à estrutura estatal de governo que se destacaram pela participação no desenvolvimento da PNAISM. A institucionalidade do processo de feitura da política mostra-se relevante uma vez que torna visível o papel de atores em espaços formais de regulação estatal, possibilitando compreender de que modo a ocupação desses espaços contribuiu para dar forma ao documento. Essa perspectiva nos oferece a oportunidade de observar a estrutura de governo como um ente vivo, heterogêneo em si mesmo e implicado na arena política.

A PNAISM foi produzida pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) inserida no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Criada em 1984, no contexto da promulgação do PAISM, a ATSM passou por diversas gestões até que, em 2003, sua coordenação ficou a cargo de Maria José de Oliveira Araújo, baiana de Teofilândia, formada em medicina com especialização em pediatria. Maria José Araújo é uma reconhecida militante feminista no contexto nacional, com uma trajetória que remonta a ações diretamente vinculadas à assistência em saúde com a criação de serviços de atenção à mulher, assim como à produção de conhecimento científico e de políticas públicas.

No início da década de 1980, na cidade de São Paulo, ela participou da concepção da Casa da Mulher no Grajaú e também da fundação do Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde. Ambos consistem em serviços autônomos de atenção à saúde de mulheres a partir de uma perspectiva do direito à saúde e seguem em funcionamento até a presente data. Com passagens pela França e Suíça, Maria José realizou estudos no campo da saúde da mulher, assim como se aproximou do movimento feminista nesses países, compondo um repertório na interface entre saúde e feminismo que a instrumentalizaria em sua atuação no Brasil. A médica participou da fundação da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) e compôs sua diretoria durante muitos anos, além de coordenar a

sede no Brasil da instituição internacional “Médicos pelo direito de decidir”<sup>53</sup>. Ocupou também espaços de decisão em quadros públicos como a posição de coordenadora da área de saúde da mulher no município de São Paulo em 1989 e 2001 – ambos os períodos em que a gestão municipal foi ocupada por governantes mulheres autodeclaradas de esquerda - e, em seguida, o já mencionado cargo no Ministério da Saúde à época da formulação do PNAISM – também sob um governo federal autodeclarado de esquerda.

Além de Maria José Araújo, a equipe técnica responsável pela edição da PNAISM contava com mais onze mulheres<sup>54</sup> de diversas regiões do país, em sua maioria formadas em medicina e enfermagem com pós-graduação em saúde da mulher e/ou saúde pública. Sendo assim, podemos observar que se tratava de um grupo composto por mulheres com acesso ao ensino superior, cuja trajetória acadêmica passou pelo sanitarismo para se somar ao ativismo social pelo direito à saúde das mulheres localizando-se na estrutura do Estado, na área de saúde pública. Tal configuração merece destaque, pois conjuga a perspectiva sanitarista - muito envolvida, como já vimos, no processo de redemocratização, de mudanças no sistema de saúde e na construção do SUS – à perspectiva dos direitos das mulheres em um território de regulação e de produção de normativas por excelência. Tal configuração fez com que o debate sobre o direito ao acesso à saúde por mulheres ganhasse uma institucionalidade governamental se colocando de maneira “interna” à estrutura do Estado e, portanto, “interna” ao processo de formulação de políticas.

Entre as novas contratações do Ministério da Saúde no princípio de 2003, estava a do próprio chefe da pasta: Humberto Costa<sup>55</sup>. A permanência de Humberto Costa no MS compreendeu de janeiro de 2003 a julho de 2005, tendo sido a primeira e única gestão do MS exercida por um dirigente vinculado ao PT, durante os dois governos de Lula. Em sua posse, o ministro exaltou os princípios do SUS, em especial a equidade, afirmada em conexão com a integralidade com vistas a “tratar os desiguais de forma desigual procurando olhar para as regiões, para os segmentos que mais necessitam e dar a eles um tratamento diferenciado”

---

<sup>53</sup> A “Doctors for choice” é uma rede global de profissionais de medicina que advogam pelo acesso universal a serviços de saúde reprodutiva, com o intuito de promover engajamento local para a ampliação e a garantia dos direitos reprodutivos. Conferir: <https://globaldoctorsforchoice.org/>.

<sup>54</sup> As integrantes da equipe são: Alice Gonçalves Mendes Ribeiro; Iolanda Vaz Guimarães; Isa Paula Hamouche Abreu; Ivone Peixoto; Janine Schirmer; Juliana Monti Maifrino; Márcia Cavalcante Vinhas Lucas; Maria Auxiliadora da Silva Benevides; Marta Roberta Santana Coelho; Regina Coeli Viola; Verônica Batista Gonçalves dos Reis.

<sup>55</sup> O ministro, nascido em Campinas-SP, mas radicado em Recife, formou-se em medicina e jornalismo, com especialização em psiquiatria e medicina geral comunitária. Na capital pernambucana atuou junto ao sindicato médico e participou do movimento estudantil. Filiou-se ao Partido dos Trabalhadores nos anos de 1980 e desenvolveu uma carreira no Legislativo, elegendendo-se deputado – estadual e federal – e vereador. Anteriormente ao cargo no MS, Humberto Costa assumiu a Secretaria de Saúde de Recife, onde permaneceu até o convite para compor a equipe do governo federal, em 2003.

(COSTA, 2003). Na mesma fala, Humberto Costa (2003) firmou compromisso com a participação social, afirmando que esta funciona como um “pilar” do SUS, no qual se investiria por meio da convocatória de conferências e do fortalecimento do Conselho Nacional de Saúde. Por fim, vale ressaltar a breve menção às mulheres feita pelo ministro, onde diz que

a mulher precisa ser uma das prioridades desse governo, a criança precisa também e vamos procurar atacar pontos da realidade sanitária que envergonham ainda todos nós. A mortalidade infantil, que foi reduzida e precisa ser mais reduzida ainda, a mortalidade materna, que ainda é um escândalo nacional (COSTA, 2003).

Para a médica e feminista Fátima de Oliveira (2011a), a ocupação do MS por Humberto Costa e da ATSM por Maria José Araújo teve papel fundamental no avanço de pautas da agenda de saúde da mulher na perspectiva dos direitos das mulheres. Em entrevista a Conceição Lemes, Fátima Oliveira (2011a) argumenta que Humberto Costa foi um “ministro afinadíssimo com as causas feministas na área de saúde, com certeza o mais afinado que já tivemos. Em sua gestão, a ATSM foi muito prestigiada e empoderada, tanto no Ministério da Saúde quanto na sociedade”. Ainda na mesma ocasião, a médica relata que a sustentação política oferecida pelo ministro à agenda feminista foi um diferencial, a partir do qual “as forças políticas da atenção integral à saúde da mulher tiveram voz e vez nas gestões de Humberto Costa” (OLIVEIRA, 2012a).

Durante o período de elaboração da PNAISM, além das parcerias referidas ao final do documento da política, articulou-se também com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobretudo com a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU). O CNS constitui-se como uma instância deliberativa, colegiada e permanente do SUS, pertencente à estrutura organizacional do Ministério da Saúde e composta por representantes de usuários, gestores, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço de saúde. O CNS conta com comissões intersetoriais para assessorar seu Plenário em temas específicos como saúde mental (CISM), saúde do trabalhador(a) (CISTT), saúde bucal (CISB) e saúde da mulher (CISMU), formadas por integrantes de movimentos sociais, entidades da sociedade civil e representantes de instituições federais que tenham proximidade com a temática (CNS, 2017). Entre os integrantes da CISMU ao longo do tempo, constam, por exemplo, representantes de movimentos feministas, movimentos de mulheres, categorias profissionais (tais como: enfermagem, serviço social, psicologia), Igreja Católica e sindicalistas.

Foi nesse espaço da CISMU que, a partir de junho de 2003, representando a ATSM, Maria José Araújo compareceu em diversas reuniões com a finalidade de expor a proposta, ainda em construção, da PNAISM ao debate da Comissão (CRUZ, 2015). Segundo consta nas atas das reuniões da CISMU, Maria José foi apoiada pelas integrantes da comissão quando apresentou a ideia de construir diretrizes para a assistência à saúde das mulheres em conjunto com idosas, negras, trabalhadoras rurais, mulheres em situação de privação de liberdade, mulheres portadoras de HIV/AIDS, mulheres indígenas, lésbicas e mulheres sem terra (CRUZ, 2015). E na mesma ocasião, a coordenadora da ATSM foi questionada acerca da possibilidade de avanços nos tópicos sobre aborto, humanização do parto e nascimento, qualificação profissional, saúde mental e Programa Saúde da Família<sup>56</sup>.

Em reuniões posteriores, foram apresentados ainda por Maria José o documento preliminar das diretrizes e conceitos da PNAISM, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e a proposta do Plano de Ação da PNAISM para o triênio de 2004 a 2007. De acordo com Eliane Cruz (2015), um dos efeitos dessa aproximação entre ATSM e CISMU pode ser visto no plano de trabalho da CISMU para os anos de 2004 a 2005, uma vez que este continha “diversas ações de fortalecimento e monitoramento da PNAISM e outras ações no Congresso Nacional e organizações da sociedade civil sobre direitos sexuais e reprodutivos” (CRUZ, 2015, p. 130), demonstrando o engajamento da comissão com a pauta e também com a disseminação do tema em outros espaços.

Levando em consideração as diversas ocasiões em que representantes da ATSM apresentaram a PNAISM na CISMU, podemos compreender que essa instância participou da elaboração dos termos da política e também acompanhou o processo de implementação. O envolvimento com movimentos sociais não se deu somente via CISMU ou CNS, uma vez que representantes de organizações da sociedade civil integravam reuniões na ATSM com o intuito de intervir no desenho da política. Eliane Cruz (2015) comenta que vinha do Ministério da Saúde, mais especificamente da ATSM, na figura de sua coordenadora Maria José Araújo, a iniciativa de ampliação dos espaços de debate da PNAISM através da convocação sistemática de ativistas ligadas aos movimentos feministas e de mulheres. Com isso, vemos uma dinâmica que se construiu por meio de um posicionamento ativo de órgãos oficiais do governo em abrir seus processos de trabalho aos movimentos sociais, e destes em reivindicar a ocupação desses espaços para o exercício da participação popular na formulação de políticas públicas.

---

<sup>56</sup> O Programa Saúde da Família passou a ser chamado Estratégia Saúde da Família após uma reformulação de seu escopo pelo Ministério da Saúde em 2006.

Por outro lado, a experiência da PNAISM no CNS não parece ter sido tão profícua quanto na CISMU. Segundo Eliane Cruz (2015), apesar de diversas tentativas de incluir a votação da PNAISM na agenda do CNS entre 2004 e 2005, isso não aconteceu e a política ficou desguarnecida da chancela de aprovação pelo Conselho. Embora tenha sido apresentada e discutida, o fato de não ter sido contemplada com uma votação oficial privou a PNAISM de contar com uma resolução do CNS em seu favor, o que poderia fortalecer o *status* da política no quadro normativo do Ministério da Saúde.

### **5.2.1. A emergência da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**

Em primeiro de janeiro de 2003 é criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) que incorpora a antiga Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (instituída em 2002), filiada ao Ministério da Justiça, cujo escopo restringia-se a tratar sobre violência sexual e doméstica<sup>57</sup>. O lançamento da nova pasta responsável por operacionalizar a transversalidade de gênero nas políticas sociais coincide com a formação do novo governo federal, vista a posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva, eleito para o primeiro mandato em 2002. Vinculada diretamente ao Gabinete da Presidência da República, é em maio do mesmo ano, através da Lei 10.863/2003, que a Secretaria passa a gozar de *status* equivalente ao de um Ministério, com objetivo de:

elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo, com vistas na promoção da igualdade, articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres, promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Gabinete e até três Subsecretarias (BRASIL, 2003a).

A posse de Luís Inácio Lula da Silva na presidência da República, em 2003, marca o início do primeiro governo federal cujo posicionamento político fazia-se reconhecidamente na esquerda progressista, após a redemocratização do país. No que diz respeito à área da saúde, a entrada do novo governo corresponde à ocupação de cargos de gestão por pessoas ligadas, direta ou indiretamente, a movimentos sociais como o da reforma sanitária e os movimentos

---

<sup>57</sup> Sobre a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e sua relação com o movimento de mulheres, conferir: PITANGUY, 2002.



de mulheres (CRUZ, 2015). De acordo com Rebecca Abers e Luciana Tatagiba (2014), o período do governo Lula - que compreende os anos de 2003 a 2010 - é considerado por diversas feministas como o auge da saúde da mulher, onde o princípio da integralidade foi valorizado no âmbito das políticas públicas, impactando diretamente a estrutura burocrática do Estado, como na conversão da SPM em uma pasta ministerial e na escolha de Maria José Araújo para a liderança da ATSM, por exemplo.

No entanto, essa perspectiva que identifica uma era de ouro nos anos Lula para a saúde da mulher não é consenso entre os movimentos feministas, uma vez que pautas relevantes da agenda dos movimentos não foram incorporadas pelas instâncias governamentais, tais como o aborto e a ampliação do acesso à creche, por exemplo. De qualquer modo, há que se considerar que a permeabilidade de algumas pautas dos movimentos sociais na agenda governamental resultou “menos da imposição de uma nova abordagem participativa de governo por parte da Secretaria-Geral da Presidência ou outros órgãos de coordenação do governo do que das dinâmicas políticas no interior de cada setor de política pública” (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014 p. 325-6). Por fim, de acordo com Jacqueline Pitanguy (2011, p. 54), outro elemento que interfere nessa dinâmica é a discrepância entre “leis e realidade” no cenário brasileiro, uma vez que a implementação de políticas públicas e outras normativas não se realiza de forma completa em todo o território nacional.

Ademais da inconsistente implementação de políticas públicas no Brasil apontada por Jacqueline Pitanguy (2011), faz-se necessário observar a pressão exercida por setores conservadores contra o investimento em determinados temas, especialmente, aqueles ligados à saúde da mulher. A edição de número 133 do *Jornal Fêmea* (CFEMEA, 2004a) relata o enfrentamento do conservadorismo que atravessava o plano das políticas públicas no governo em variadas frentes: “na sociedade brasileira, de um lado, cresce a força política de setores fundamentalistas religiosos e dos setores políticos neoliberais sem, entretanto, termos visto o descenso da tradicional força política dos oligarcas”.

Ao longo do ano de 2003, o primeiro da nova gestão presidencial, as ativistas do CFEMEA (2004a) identificaram diversas investidas de “forças conservadoras” atuando para restringir a regulamentação sobre o aborto e sufocar as demandas por direitos da população homossexual. No conjunto das forças conservadoras, o movimento social de feministas distingue o fundamentalismo religioso como um dos agentes mais ativos na disputa por espaço. Desde o ano anterior, já no momento prévio às eleições, as feministas organizavam-se para

enfrentar a agenda conservadora político-partidária ligada a religiões por meio da realização de campanhas e eventos, assim como pela produção e divulgação de conteúdo (CFEMEA, 2002e).

Durante a campanha eleitoral de 2002 para a presidência, questões associadas à saúde da mulher não conduziram, de forma significativa, nem o debate entre os candidatos, nem a repercussão na imprensa (NISHIMURA, 2004). Todavia, vale assinalar o documento “Compromisso com as mulheres” produzido pela campanha de Lula para integrar o seu programa de governo (PT/FPA, 2002). No caderno temático – contendo quinze páginas – são abordados temas referentes a desigualdades entre mulheres e homens, economia, discriminação, democracia e direitos de cidadania. Partindo da afirmação de que cabe ao Estado estabelecer políticas públicas que promovam “relações igualitárias entre homens e mulheres” (PT/FPA, 2002), o documento apresenta propostas e estratégias de ação.

Entre os compromissos elencados no programa, consta o de “garantir condições de autonomia sobre o corpo e a maternidade”, no qual há um tópico dedicado à “saúde da mulher, direitos sexuais e reprodutivos”. Nesse item desenvolve-se uma visão panorâmica sobre a situação de saúde da mulher, nomeando fatores que expõem as mulheres ao adoecimento, como condições de trabalho, alcoolismo, sedentarismo e violência. São citadas também algumas doenças que acometem essa população, entre as quais as cardiovasculares e as neoplasias. O alto índice de mortalidade materna é mencionado como um resultado da precariedade da assistência oferecida às mulheres.

De modo a enfrentar a problemática levantada, o documento propõe medidas que consistem em: qualificar o atendimento dos serviços de saúde; reduzir índices de mortalidade materna; incentivar o parto humanizado; ampliar e atualizar o PAISM; e implantar uma política nacional de saúde da mulher sensível aos problemas específicos dessa população. No expediente do programa de governo, entre as colaboradoras do documento constam nomes de importantes ativistas pelos direitos das mulheres, entre elas: Clara Charf<sup>58</sup>, Helleith Saffiot<sup>59</sup>,

---

<sup>58</sup> Clara Charf é uma militante pelo comunismo e pelo feminismo em exercício desde a década de 1940. Perseguida durante a ditadura no Brasil, teve seus direitos políticos cassados e o marido – Carlos Marighella, um dos mais reconhecidos opositores da ditadura - assassinado por agentes de Estado. Clara Charf participou da fundação do Partido dos Trabalhadores e atuou em secretarias do partido. É fundadora também da Associação Mulheres pela Paz.

<sup>59</sup> Helleith Saffiot foi uma socióloga, professora e militante feminista. Com uma vasta bibliografia publicada sobre temas relativos a gênero e marxismo, a socióloga foi uma das pioneiras do país na área, tornando-se uma importante referência.

Vera Soares<sup>60</sup> e Maria José Araújo, futura coordenadora da ATSM e do processo de formulação da PNAISM.

Sendo assim, vemos que, ainda durante a corrida eleitoral, feministas com bagagem relevante no campo dos direitos das mulheres contribuíam, em alguma medida, para a campanha do futuro presidente, imprimindo na própria construção da candidatura as marcas do movimento social. Os termos usados no caderno temático de políticas para as mulheres do programa de governo dão notícia da agenda do movimento de mulheres e feministas à época: direitos sexuais e reprodutivos; atenção integral à saúde da mulher; parto humanizado. Na edição de novembro de 2002, o *Jornal Fêmea* (CFEMEA, 2002e) vislumbra no documento “Compromisso com as mulheres” uma demonstração da intenção de proximidade do futuro governo com os movimentos sociais de mulheres e uma legitimação da Plataforma Política Feminista. Contudo, faz-se o lembrete de que se trata de um “instrumento de comunicação específico” produzido no contexto de uma campanha eleitoral e que, portanto, não contém diretrizes operacionais sistematizadas, uma vez que se considera que estas estavam ainda por construir (CFEMEA, 2002e, p. 8).

Ainda acerca da corrida eleitoral de 2002, pontualmente e por iniciativa de poucos candidatos, o aborto e a união homoafetiva foram mencionados em uma abordagem, via de regra, acusatória, repressiva e superficial. Não encontramos registros de que o candidato à presidência eleito, Luís Inácio Lula da Silva, recorreu a essa estratégia no período, embora durante as eleições tenha se dirigido a setores religiosos da população e procurado tecer alianças com partidos e com líderes religiosos (GONÇALVES, 2011). Maria Machado (2012, p. 27) analisa que, na busca por uma crescente participação no cenário político-partidário, segmentos do neopentecostalismo investiram em formar lideranças com vistas à atuação na defesa de causas próprias no âmbito do Legislativo e do Executivo, de modo que

uma das consequências interessantes dessa tentativa de se fortalecer nas sociedades civil e política foi o deslocamento de certos grupos pentecostais da oposição ao Partido dos Trabalhadores (PT) para o papel de aliados políticos de Lula e seus correligionários nas eleições de 2002, durante os dois governos petistas e no pleito de 2010.

Rafael Gonçalves (2011) argumenta sobre a importância estratégica do apoio do eleitorado evangélico para a vitória de Lula no segundo turno das eleições, sendo consideravelmente mais expressivo do que em suas candidaturas nos anos anteriores. A

---

<sup>60</sup> Vera Soares formou-se em física e tem uma extensa carreira na docência. Pesquisadora e ativista sobre as relações de gênero na interface com políticas públicas, movimentos sociais e trabalho. Atualmente integra a assessoria do Escritório USP Mulheres.

aproximação de grupos religiosos à candidatura do presidente eleito somou-se ao fato de que as eleições de 2002 foram aquelas que deram vitória a maior quantidade de parlamentares evangélicos desde então (GONÇALVES, 2011). O número de mulheres no parlamento também aumentou naquele ano e parte significativa delas levava consigo experiência anterior em movimentos sociais, incluindo de mulheres, e estava exercendo mandato pela primeira vez (CFEMEA, 2003a). Com isso, chamamos atenção para a conformação dos atores que viriam a habitar o espaço do Legislativo, a partir de 2003.

Entretanto, a ocupação de postos na administração do Estado não se faz somente por meio de eleições diretas, uma vez que as equipes de governo são formadas a partir de nomeações para os chamados “cargos de confiança”. Maria Celina D’Araujo (2009, p. 14) afirma que

De modo geral, foi o governo Lula o que introduziu mais novidades nas tendências de composição do ministério [até então]. O número de mulheres cresceu, bem como aumentou a diversidade étnica e a presença da região Nordeste. Foi também o governo em que o partido do presidente concentrou mais pastas ministeriais, em franca desproporção ao seu tamanho no Congresso. Além do que, na sua administração passou a integrar o ministério um maior número de pessoas vinculadas a sindicatos, centrais sindicais e movimentos sociais, o que seria previsível tendo em vista os vínculos históricos desses setores com o PT e o presidente Lula.

No que se refere especificamente à trajetória pregressa dos dirigentes na equipe da primeira gestão de Lula, Maria Celina D’Araujo (2009) contabiliza que 43% deles tinham experiência na atuação em movimentos sociais, anterior ou simultaneamente ao cargo, ao contrário de 25% em administrações predecessoras. A ampliação da participação de atores ligados ao ativismo social no núcleo do governo é vista - tanto por pesquisadoras (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014; D’ARAÚJO, 2009), quanto pelo movimento social (CFEMEA, 2003a) - como uma indicação de que a gestão Lula estava representando uma diversidade maior de interesses.

A escolha dos dirigentes para liderar as pastas ministeriais no início da primeira gestão de Lula é motivo de celebração para as ativistas do CFEMEA (2003a) que declaram ser a equipe de governo “mais plural desde a redemocratização do país”. Em relação à inclusão de mulheres no governo, o editorial do Jornal Fêmea (2003b) denota que é a primeira vez no país que uma equipe de coordenação de ministérios conta com quatro mulheres<sup>61</sup>, no total de 34 ministros. Tal configuração é vista, simultaneamente, como um “grande feito” e como um lembrete da atualidade da desigualdade de gênero e, portanto, da urgência da luta (CFEMEA,

---

<sup>61</sup> As mulheres ministras no início de 2003 são: Benedita da Silva - Ministra da Assistência e Promoção Social; Dilma Rousseff - Ministra de Minas e Energia; Marina Silva - Ministra do Meio Ambiente; e Emília Fernandes - Secretária Especial de Políticas para a Mulher.

2003b). O texto fala ainda sobre a relevância de seguir acompanhando a nomeação para os cargos dos chamados “segundo e terceiro escalões” do governo, com o intuito de verificar a distribuição de mulheres nos distintos ministérios e secretarias. De modo a produzir uma análise da “expressão das mulheres na esfera da política e do poder”, o editorial (CFEMEA, 2003b, p. 2) se compromete a mapear os mandatos, afirmando que tão essencial quanto ter mais mulheres ocupando cargos na administração estatal, é que essas mulheres afirmem “a perspectiva da igualdade e da democracia de gênero, perspectiva esta que precisa ser incorporada em todas as políticas públicas e inserida nas estruturas e instâncias governamentais”.

Sendo assim, a composição dos ministérios variou em comparação com administrações anteriores, incluindo mais mulheres, outras etnias e uma maior representação territorial. O movimento feminista localizado no CFEMEA reconhece aí um avanço, porém sinaliza para uma pergunta crucial: qual agenda seria defendida por essas pessoas em cada pasta. Com isso as ativistas colocam em xeque a neutralidade das pastas e de seus dirigentes para dar visibilidade à questão: a partir de qual perspectiva os tomadores de decisão irão atuar? A problematização das feministas faz ver que os dirigentes públicos não são vistos como meros receptores de demandas advindas da sociedade civil, mas como atores ativos na cena política, podendo tanto insuflar temas caros ao movimento social, quanto sufocá-los.

Em que pesem as diferenças observadas em cada setor de políticas públicas do governo, há que se observar que, durante a gestão de Lula, “em algumas áreas de políticas públicas, espaços participativos formalizados como conselhos e conferências tiveram papel central, enquanto em outros setores predominaram formas de interação menos formais” (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014, p. 326). Mais do que isso, a combinação de abordagens na relação movimento social e Estado parece ter promovido o fortalecimento de espaços ampliados de encontro, debate e deliberação.

Dentre os organismos que passaram por mudanças durante a gestão de Lula, está o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) que teve sua estrutura regimental refeita a partir da criação da SPM, com a finalidade de ampliar sua autonomia e fazê-lo funcionar próximo a essa Secretaria. Criado em 1985 como uma estrutura anexada ao Ministério da Justiça, visando à eliminação da discriminação contra a mulher (BRASIL, 1985), o CNDM representou um de vários mecanismos articulados no período da redemocratização para fomentar a participação popular na definição de rumos das políticas públicas. Segundo

Schuma Schumaker<sup>62</sup> (2018), a composição do Conselho era de natureza híbrida, pois contava com a presença de um conselho deliberativo, formado por integrantes da sociedade civil organizada, e de uma equipe de gestão nas figuras da assessoria técnica, secretaria executiva e diretoria de articulação política. Entre os membros da sociedade civil, destacam-se ativistas dos movimentos de mulheres e feministas, representando grupos como SOS Corpo, Cfemea e Rede Feminista, por exemplo.

O CNDM, em seu nascimento, foi responsável por colocar o Brasil na vanguarda da institucionalização de mecanismos encarregados de conjugar políticas públicas e gênero na América Latina, inaugurando um novo território de aproximação entre órgãos governamentais e movimentos sociais (PITANGUY, 2011; CAMPOS, 2017). Porém, já a partir de 1989, o CNDM sofre um processo de definhamento no qual sua autonomia financeira e administrativa é perdida, operando apenas como uma instância deliberativa no quadro do Ministério da Justiça até 2000 (BARSTED, 1994; PITANGUY, 2002). Se, como ressaltado por Layla Carvalho (2017, p. 97), as ações promovidas pelo CNDM tinham relação direta com o aporte de recursos financeiros e da qualidade técnica de sua equipe, com o desmantelamento do órgão, um dos efeitos produzidos é a perda de sua “capacidade de mobilizar e promover as agendas feministas” no interior da estrutura estatal de governo.

A reformulação experimentada pelo Conselho em 2003 fez com que ele passasse a se localizar no organograma da SPM, e não mais no Ministério da Justiça, ocupando um lugar muito mais próximo, portanto, do projeto da transversalização de gênero nas políticas públicas. E mais, já que, para Simone Bohn (2010), por situar-se na estrutura da SPM, a experiência acumulada pelo CNDM foi absorvida pela Secretaria. Segundo Estela Aquino<sup>63</sup> (2020), a partir dessa transição, o CNDM ampliou-se e a representação da sociedade civil passou a ser a maioria, constituindo um espaço rico de trocas permanentes e sistemáticas. Sobre sua experiência enquanto conselheira titular, Estela Aquino (2020) conta:

Percebi a riqueza daquele fórum composto por 40 mulheres, do Acre ao Rio Grande do Sul, representativas de um largo espectro do movimento feminista (mulheres do campo, da mata e da floresta, trabalhadoras domésticas, mulheres indígenas, negras e quilombolas, empresárias, advogadas e

---

<sup>62</sup> Schuma Schumaker é pedagoga, pesquisadora, educadora social e militante feminista e antirracista. Integrou a comissão organizadora da Conferência Nacional de Políticas para Mulheres do governo federal em 2004, 2007 e 2016 e atualmente coordena a ONG Rede de Desenvolvimento Humano. Tem um acúmulo significativo na área de políticas públicas para mulheres, tendo sido laureada com o Prêmio Jabuti por uma de suas obras.

<sup>63</sup> Estela Aquino é formada em medicina e atua na docência no Instituto de Saúde Coletiva na Universidade Federal da Bahia. Foi conselheira do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e participou da fundação do Grupo de Trabalho de Gênero e Saúde da ABRASCO, o qual integra atualmente. Sua produção científica está inserida, sobretudo, nos temas de: gênero, saúde reprodutiva, sexualidade e epidemiologia.

trabalhadoras do ensino, representantes de instâncias de mulheres em confederações de trabalhadores, mulheres lésbicas, entre outras).

Operando como um interlocutor entre Estado e sociedade civil, a partir de 2003, o CNDM instrumentalizou a SPM, fornecendo legitimidade para a inclusão de determinadas pautas na agenda governamental, ao mesmo tempo em que, por vezes, atuou como um crítico do órgão estatal e da gestão federal como um todo (BOHN, 2010; GONZALEZ, 2019). Para Debora Gonzalez (2019, p. 52), mecanismos de gênero no âmbito federal do Estado “podem apresentar um caráter mais ou menos institucional e variam, igualmente, de acordo com o contexto histórico e político de cada país”.

Em relação à administração de Lula, é importante considerar, em conjunto com Rebecca Abers, Lizandra Serafim e Luciana Tatagiba (2014), que diversos conselhos nacionais de políticas públicas foram criados ou remodelados, a partir de uma perspectiva de ampliação dos espaços de participação social institucionalizada no governo. As autoras contabilizam que, ao longo dos oito anos de governo, tiveram lugar 74 conferências com o envolvimento de cinco milhões de pessoas, aproximadamente.

Sendo assim, mais do que argumentar a favor de uma linha de causalidade que conecte direta e unicamente com este ou aquele ator, o mapa que vamos traçando parece apontar para uma teia complexa produzida por uma diversidade de atores e instituições. O investimento na aproximação com a sociedade civil, sobretudo a organizada, indica que a interação entre Estado e movimentos sociais foi institucionalizada em alguma medida, mesmo sob a incidência de variações entre os diferentes setores do governo federal. Todavia, o que pode parecer, à primeira vista, um projeto sistemático e objetivo do programa de governo, parece situar-se mais como “um resultado da maturidade e da complexidade de movimentos sociais brasileiros específicos, combinado com oportunidades providas pela presença de ativistas e aliados dos movimentos dentro de certos órgãos” (ABERS, SERAFIM, TATAGIBA, 2014).

A partir de então, o CNDM assume o papel de liderar a participação social das propostas de ações voltadas às mulheres atuando como um órgão fiscalizador com capacidade de interferir na formulação e implementação das políticas (CARVALHO, 2017; FREIRE, 2011). Entre as medidas tomadas no início de sua nova estrutura em prol do desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para as mulheres, o CNDM participa da mobilização da população e da organização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, ambos em 2004, que discutiremos mais adiante.

No período concernente à formulação e publicação da PNAISM – 2003 a 2004 – a SPM contou com duas diferentes gestões. A primeira ministra a assumir a pasta recém-criada foi Emília Fernandes, pedagoga que atuou como professora, com experiência também no movimento sindicalista. Na cena política, Emília Fernandes já exerceu cargos de vereadora e senadora, vinculando-se aos seguintes partidos: Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido Democrático Trabalhista (PDT) e Partido dos Trabalhadores (PT), sendo atualmente filiada ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Durante sua gestão, que assumiu de janeiro de 2003 a janeiro de 2004, as estruturas regimentais da SPM e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) são desenhadas e também é instituída a notificação compulsória de violência contra a mulher em âmbito nacional, entre outras ações.

Em seguida a Emília, é Nilcéa Freire<sup>64</sup> quem ocupa a coordenação da pasta. Nilcéa formou-se em medicina e desenvolveu uma carreira acadêmica nessa área na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) até ser convidada para assumir a gestão da SPM, onde permanece até o final de 2010. Teve uma participação ativa em partidos políticos, tendo afiliado-se, ao longo de sua vida, ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), ao PT e ao Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Apesar de Emília Fernandes ter experiência anterior com movimento social por ter participado da militância sindicalista relacionada à categoria dos professores (CFEMEA, 2003a), tanto ela, quanto Nilcéa Freire não possuíam envolvimento formal com movimentos de mulheres ou feministas até o momento da ocupação do cargo de ministra (CARVALHO, 2018; PINTO, 2018).

Foi na gestão de Nilcéa Freire - a mais longa, com duração de sete anos - que importantes medidas foram elaboradas e executadas, tais como: Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2007b); Central de Atendimento à Mulher; Lei 11.340 Maria da Penha (BRASIL, 2006a); Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça. Ao longo desses anos aconteceram também a I e a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), assim como o I e o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), marcando uma agenda propositiva e afirmativa da SPM, sobretudo nos temas de violência, saúde e gênero.

Ao longo dos sete anos que ficou no exercício de coordenação da SPM, Nilcéa Freire presidiu o CNDM e representou o Brasil nos comitês da Organização das Nações Unidas (ONU), “Sobre a Situação da Mulher” (CSW) e “Eliminação de Todas as Formas de

---

<sup>64</sup> Recebemos com pesar a notícia de que Nilcéa Freire havia falecido aos 66 anos (em 18 de dezembro de 2019) em virtude de um câncer. Como destacado por Estela Aquino (2020), rememorar-la é também reconhecer sua “importância para as mulheres brasileiras e para a luta pela equidade de gênero no país”.



Discriminação contra a Mulher” (Cedaw)<sup>65</sup>. Além disso, dirigiu também a Comissão Interamericana de Mulheres, da Organização dos Estados Americanos, de outubro de 2004 a dezembro de 2006. De acordo com Estela Aquino (2020), Nilcéa Freire foi uma “grande ministra das mulheres”, atuando em muitas frentes a fim de costurar articulações com outras pastas ministeriais a favor da transversalização das políticas para mulheres.

Ao refletir sobre o início de seu trabalho na Secretaria, a então ministra narra os obstáculos presentes no percurso da institucionalização nos organismos do Estado das pautas vinculadas aos direitos das mulheres. Nilcéa Freire (2011, p. 138) conta que

uma primeira barreira enfrentada na gestão da SPM foi conquistar o reconhecimento, pelo conjunto do governo, de que os temas, projetos e iniciativas propostos por nós para a ação governamental eram temas de relevância política e não tão somente problemas específicos das mulheres, ou “coisas de mulher”, em um linguajar pejorativo.

No mesmo texto, a ministra revela que em incontáveis situações era preciso evocar a autoridade do presidente Lula e sua aprovação da agenda da SPM para que outros agentes do governo se comprometessem com a implementação de ações. Sobre a instabilidade do programa de políticas dentro da própria estrutura da administração federal, Nilcéa Freire (2011, p. 138) afirma que

O cotidiano da administração pública no Brasil é complexo e o poder no seu interior disputado centímetro a centímetro. Como os recursos são em geral limitados, ao menos no campo social, a solidariedade e colaboração internas, que deveriam ser a base de políticas sociais, integradas e integrais, são produtos escassos nas prateleiras de governos em todos os níveis. Para as gestoras dos organismos de Políticas para as Mulheres a disputa é ainda mais dura, posto que a sua própria presença e autoridade são frequentemente questionadas.

Com isso, a ministra joga luz para o cenário pedregoso, impreciso e volátil em que as políticas se fazem no âmbito do “primeiro escalão” do governo federal, sobretudo no que toca às medidas voltadas para mulheres. Ou seja, mesmo com a aquiescência do chefe do Executivo, a listagem das ações no programa de governo da campanha eleitoral e a constituição de um ministério específico, o que se tem no cotidiano da produção do governo são disputas freqüentes e acirradas, como diz Nilcéa Freire: centímetro a centímetro. Tal dinâmica nos chama a atenção para a relevância que a pessoa responsável por dirigir um órgão da administração pública carrega, no sentido dos enfrentamentos e negociações com

---

<sup>65</sup> CEDAW é a sigla para Convention on the Elimination of Discrimination against Women, uma convenção adotada pela Assembléia Geral da ONU em 1979 que passa a vigorar em setembro de 1981 com o objetivo de que os países signatários – entre eles, o Brasil - adotem medidas com a finalidade de combater a discriminação contra a mulher em todas as suas formas e manifestações.

vistas ao avanço da agenda de interesse. Assim como, no caso estudado, do entrecruzamento entre essas instâncias institucionais do governo e outros fatores, como a presença e a atividade dos movimentos sociais e a configuração do debate sobre o tema em questão no plano nacional e no internacional.

A SPM foi recebida com otimismo pelos movimentos feministas e de mulheres, principalmente no que diz respeito à condição jurídica da pasta, dada a possibilidade aí reservada de se alcançar uma autonomia maior de recursos financeiros e também da capacidade de influenciar internamente a produção de normatividade considerando a perspectiva de gênero (BARSTED, 2011; CFEMEA, 2003a). O aumento do horizonte temático ao não se limitar mais às ações ligadas à violência contra a mulher, pautando gênero como elemento transversal às políticas públicas também é celebrado como um ganho da nova proposta. Nilcéa Freire (2006, p. 2) considera que a instituição da SPM foi a “primeira ação afirmativa dirigida às mulheres” no governo Lula.

De acordo com Layla Carvalho (2018), ao afirmar a incorporação da perspectiva da transversalidade de gênero em todas as áreas do governo federal, a SPM acena para uma reivindicação dos movimentos de mulheres ao mesmo tempo em que cumpre parte dos acordos dos quais o Brasil é signatário, como Cairo e Beijing. Ainda sobre a análise do cenário político institucional feita pela edição do jornal do Cfemea (2003c), vale destacar a indicação do aumento do número de parlamentares femininas na Câmara e no Congresso, por um lado, e a aproximação com o ativismo pelos direitos das mulheres de grande parte dessas parlamentares em período anterior ao exercício do cargo, por outro, reforçando o direcionamento de estreitar o diálogo entre governo e movimento social.

Em 2003, um projeto de lei que propunha tornar o ano de 2004 o “Ano da mulher no Brasil” foi apresentado para votação e aprovado na Câmara, no Senado e sancionado pelo Presidente da República (BRASIL, 2003b). Na ocasião da apreciação do projeto pelo Senado, foi apontado que sua execução se prestaria a “debater a situação efetiva das mulheres no Brasil, ainda sujeitas a condições desiguais de vida, apesar da igualdade já consagrada em lei”, com o intuito de “sensibilizar a sociedade em relação à urgência de alterar práticas e costumes discriminatórios e preconceituosos, totalmente em desacordo com a era de igualdade mundial consagrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos” (BRASIL, 2003c). O lema escolhido para a campanha foi: “faz diferença acabar com a indiferença”, em uma referência ao enfrentamento das condições desiguais de vida entre homens e mulheres que se mantém no país.

Para a ocasião do “Ano da mulher no Brasil”, um documento foi lançado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004e) compilando a trajetória brasileira de políticas públicas de saúde da mulher, reafirmando o pacto do governo federal e da pasta da saúde, especificamente, com a “consolidação e a ampliação das conquistas femininas” (BRASIL, 2004e, p. 6). No texto consta também a transcrição de um acordo firmado, ainda em 2003, entre SPM e MS no qual ambas as partes se comprometem a cooperar mutuamente com vistas a favorecer o debate nacional concernente aos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase na garantia do acesso ao planejamento reprodutivo por homens e mulheres. O envolvimento da SPM no “Ano da mulher no Brasil” recebeu uma proposta de ajuda financeira por parte da União Europeia e da Organização das Nações Unidas (DANTAS, 2004).

Segundo Leila Barsted (2011), a SPM foi um mecanismo fundamental para a defesa de direitos das mulheres em âmbito nacional, impulsionando a formulação de políticas públicas, e em âmbito regional no fomento ao diálogo entre setores ligados ao governo e movimentos sociais de mulheres e feministas. Nilcéa Freire (2011) viu na criação da Secretaria uma oportunidade para a multiplicação de espaços institucionais na administração pública, em nível estadual e municipal, dedicados às políticas para mulheres, uma vez que a própria existência da SPM legitimava e promovia o tema. E foi através da articulação promovida pela Secretaria em estados e municípios que conferências locais de mulheres aconteceram, culminando em julho de 2004 na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada na cidade de Brasília em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), cujo título era: “Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”.

No relatório da I CNPM estavam dispostas as diretrizes a serem contempladas pela política nacional para o triênio 2004-2007, que para a saúde incluíam, por exemplo, o recorte de gênero, raça e etnia nas ações assistenciais, a interiorização e a humanização dos serviços e a garantia de atenção integral e diferenciada à saúde dos variados grupos de mulheres (indígenas, trabalhadoras rurais, quilombolas, lésbicas, etc.) (BRASIL, 2004f). O conjunto de princípios e diretrizes estabelecido pelo relatório da Conferência subsidiou a formulação do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), lançado ainda em dezembro do mesmo ano, contendo 199 ações, agrupadas em 26 prioridades. A fim de formalizar o processo de incorporação da temática de gênero em todo o espectro das políticas públicas, o I PNPM representava o “compromisso assumido por este governo quando de sua eleição, em 2002: enfrentar as desigualdades de gênero e raça em nosso país” (BRASIL, 2004g, p. 11) também para o período compreendido entre 2004 e 2007.

Tanto o relatório da I CNPM quanto o documento do I PNPM fazem referência à PNAISM reforçando a política de saúde como um dos principais eixos de ação do Estado no reconhecimento dos direitos das mulheres e na promoção de melhor qualidade de vida para elas. O I PNPM é enfático ao declarar o papel do Estado como responsável pela promoção de ações que incorporem a perspectiva de gênero e raça com vistas ao fortalecimento de um Estado de Direito no Brasil comprometido com os movimentos sociais e também com normativas internacionais, a saber: Conferências de Cairo, Beijing e Durban, convenções de Belém do Pará e do CEDAW, e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2004g).

Reconhecido como um importante instrumento de gestão pública na defesa da institucionalização da perspectiva de gênero e da priorização das políticas para mulheres por todos os setores do governo, o I PNPM apresentou, segundo Nilcéa Freire (2006), um objetivo explícito: “a efetivação dos direitos das mulheres, previstos na Constituição Federal, mas não praticados no cotidiano das brasileiras”. A ministra considera que o I Plano reorientou as ações do governo federal nas áreas de saúde, educação e trabalho, fazendo com que as desigualdades de gênero passassem a ser uma questão de Estado, ainda que tenha enfrentado diversas dificuldades na negociação dos termos do PNPM com estados e municípios (FREIRE, 2011).

No entanto, é justamente sobre a possibilidade de o I PNPM efetivamente impactar o programa de ação do governo que o movimento feminista questiona, na edição de janeiro de 2005 do Jornal Fêmea (CFEMEA, 2005a). A dúvida é levantada a partir do argumento de que há um descompasso entre a elaboração e a publicação do I PNPM e o planejamento orçamentário e estratégico - incluindo o próprio Plano Plurianual 2004-2007 -, uma vez que este foi definido antes da existência daquele. O mesmo artigo também aponta o descontentamento dos movimentos feministas e de mulheres com o I PNPM ao observar que este falhou em acolher diversas demandas trazidas na I CNPM. Embora o I Plano seja visto como um dos dispositivos que funcionou como uma fundamental via de interação e exercício de influência dos movimentos feministas e de mulheres em relação ao Estado (GONZALEZ, 2018), a falta de detalhe na destinação de verbas, no planejamento estratégico e nos indicadores aponta para a debilidade de ferramentas que possibilitem “desenvolver, monitorar e avaliar as ações governamentais na perspectiva de superação das desigualdades” (CFEMEA, 2005b). Sendo assim, também o acompanhamento e a avaliação, por parte dos movimentos sociais e da sociedade como um todo, da execução das ações ficaria prejudicado.

A segunda edição da CNPM se deu em 2007, no entanto o PNPM cujas propostas são subsidiárias da Conferência foi expedido no ano seguinte, em 2008. Já a III CNPM, por sua vez,

aconteceu com um ano de atraso, em 2011, e o PNPM correspondente foi lançado dois anos depois, em 2013, sendo a terceira e última edição do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres até o presente momento. Todavia, vale notar que, diferentemente da primeira edição, o II e o III PNPM foram incluídos nos respectivos PPA (2008-2011 e 2012-2015), fazendo-se presente tanto no que diz respeito à inclusão de metas específicas, quanto na ampliação geral de temas relativos às mulheres e na abordagem de gênero (CARVALHO, 2018). A CNPM, por outro lado, alcançou uma sobrevida em relação ao PNPM e teve lugar em seu quarto encontro em 2016, ainda que com dois anos de atraso desde a terceira edição. O IV PNPM, correspondente à IV CNPM não fora publicado até o momento. Em 2021, foi convocada a quinta edição da CNPM, prevista para acontecer em novembro deste mesmo ano, no entanto, não há evidências de que as etapas regionais foram realizadas, tampouco de que houve uma mobilização da gestão federal para que o encontro nacional ocorra e para que os movimentos sociais participem<sup>66</sup>.

Diante da sequência cronológica dos encontros, percebemos um maior espaçamento entre eles até a descontinuidade do PNPM e a incerteza atual em relação a uma nova edição da CNPM. Durante a IV Conferência, a SPM por si só já não gozava do *status* de ministério, uma vez que esse tinha sido dissolvido em 2015 em um processo de fusão de três Secretarias - Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Direitos Humanos e a própria SPM – a fim de formar um único e novo Ministério: das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (PINTO, 2018)<sup>67</sup>.

De acordo com Marlise Matos e Isabella Lins (2018, p. 140), tanto as CNPMs quanto os PNPMS funcionaram não somente como experiências de participação social em processos governamentais, mas também como estratégias das lutas por direitos dos movimentos de mulheres e feministas no formato de “contestações feministas a partir do próprio eixo estatal”. As autoras destacam ainda que um dos principais objetivos da ocupação desses mecanismos estatais foi estimular a “formulação de políticas públicas focadas em gênero nos anos de 2004 a 2016” (MATOS; LINS, 2018, p. 140), dada a conjugação entre as CNPMs e os PNPMS.

Portanto, não se trata de um simples reconhecimento das necessidades coletivas pelos agentes do Estado mas, uma vez tornado agente do Estado, de mobilizar forças do governo na

---

<sup>66</sup> Até a presente data, início de novembro de 2021, não foram encontradas informações oficiais do governo federal ou da imprensa e dos movimentos sociais a respeito da V CNPM. Não sabemos se o evento ocorreu, como se desenvolveu e quais foram os eventuais produtos. A falta de transparência somada à ausência de mobilização demonstram o alto grau de desconexão da atual gestão do Executivo federal com os movimentos feministas e de mulheres e também a negligência em relação às políticas para mulheres.

<sup>67</sup> Tal rearranjo ministerial foi executado ainda na gestão da presidenta Dilma Rousseff.

arena de disputa política em função de determinados interesses. O que a trajetória dos primeiros oito anos da SPM nos mostra é um duplo fortalecimento entre um determinado setor do governo e alguns movimentos sociais na medida em que, por um lado, a SPM foi alimentada pelo movimento social ao ser por ele abastecida de informações, dados, estratégias e apoio e, por outro, os movimentos sociais alcançaram algumas conquistas em relação a temas caros de suas agendas e gozaram de um maior espaço de influência no governo federal.

Outras normativas concernentes à saúde da mulher que acompanham a PNAISM e tornam-se também marcos legais na área (Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, Lei do acompanhante no parto e Pacto pelo Enfrentamento da violência contra a mulher) tem participação direta do Ministério da Saúde na figura da ATSM, sendo que algumas contam ainda com o envolvimento de outras pastas ministeriais para a organização e pactuação das propostas. A SPM também se faz presente nos diferentes processos elencados, deixando a ver um esforço intenso de articulação para a produção e a divulgação de tais normativas que, segundo pesquisadores do campo podem ser vistas como produtos da “institucionalização do feminismo e também das políticas de gênero” (MATOS, CYPRIANO, PINHEIRO, 2018, p. 226).

Porém, a institucionalidade das pautas do movimento social nos espaços de governo não é total e no caso da agenda das mulheres e feministas, isso implicou em certo grau de divergência entre diversos pontos não contemplados pelas políticas. No que se refere às políticas de saúde, principalmente a PNAISM, notamos que a incorporação de pautas mostra-se parcial, uma vez que se fizeram ausentes no documento reivindicações como a legalização do aborto e o direito a seu acesso através da saúde pública e a abordagem da sexualidade na direção do erotismo e do prazer. Sendo assim, compreendemos que apesar da aproximação entre os movimentos sociais de mulheres e feministas e o governo na feitura da PNAISM, o que se mostra é um campo de forças em que não há uma fusão entre as agendas dos dois entes, tampouco uma sobreposição de seus discursos. Tal dinâmica é vista por Leila Barsted (1994, p. 53) como fruto do processo de negociação com instâncias governamentais realizado pelos movimentos sociais com a finalidade de “buscar a cidadania possível, mesmo que tenhamos que, forçadamente, abrir mão de sua completude”.

Outro aspecto da volatilidade dessa arena onde se dispõe a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da integralidade na atenção à saúde das mulheres consiste no choque de forças dentro do organograma estatal. Citamos a fala de Nilcéa Freire (2011) sobre

os imperativos de autoridade que se mostraram necessários para avançar na implementação de ações previstas pelas políticas em acordos com estados, municípios e, inclusive, outras pastas ministeriais. Sobre isso, Debora Gonzalez (2018, p. 69) argumenta que

é relevante ressaltar que esses lugares na estrutura estatal não são fixos e podem variar de acordo com o contexto e as disputas políticas em cada país. Em quase todos os países da região [América Latina], o MIM [Mecanismo Institucional de políticas para Mulheres] já passou por algum tipo de alteração em sua estrutura estatal e, em diversos casos, sua existência e continuidade estiveram fortemente ameaçadas por mudanças nos governos, crises políticas ou econômicas.

Nesse sentido, faz-se fundamental observar a descontinuidade da PNAISM no quadro normativo do MS ainda durante o primeiro governo de Lula. Como nota Eliane Cruz (2015), em 2006, na formulação e publicação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b)<sup>68</sup>, o PNAISM fica de fora das diretrizes da portaria, nas quais constam somente duas ações estratégicas, no que concerne à saúde da mulher: controle do câncer de colo de útero e de mama; e redução da mortalidade materna. Vale registrar que no segundo semestre de 2005 houve uma troca de ministro da saúde e Humberto Costa foi substituído por José Saraiva Felipe, o titular da pasta no ato do lançamento do Pacto pela Saúde. Outro fato de relevo é que a PNAISM tinha vigência inicial prevista até 2007, sendo que não houve a elaboração de outro plano de ação. Desde então, a política não foi repactuada, o que, somando-se à ausência das ações em saúde da mulher de mais amplo espectro no documento do Pacto - que tinha entre seus objetivos estipular as responsabilidades de cada ente federativo na organização dos serviços de saúde - pode ser entendido como um sinal da frágil institucionalização da PNAISM no âmbito governamental.

### **5.3. A indução de agendas de pesquisa**

Nessa subseção voltamos a atenção às relações tramadas entre Estado e Academia buscando dar visibilidade à dinâmica da interface entre processos de formulação de políticas públicas e produção de conhecimento técnico e científico. A esse cenário corresponde desde a ocupação de cargos por pessoas com trajetória acadêmica em órgãos do governo ligados à

---

<sup>68</sup> O Pacto pela Saúde foi um conjunto de reformas institucionais do SUS que tinha como objetivo promover eficiência e qualidade na oferta de serviços de saúde através da inovação em processos e instrumentos de gestão. Firmado entre as três esferas de gestão - união, estados e municípios -, o Pacto pela Saúde foi promulgado na Portaria 399, de fevereiro de 2006. Cf.: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html).

ciência e tecnologia, até o fomento - através de editais e chamadas públicas por parte de órgãos da administração governamental - a institutos de pesquisa e universidades. Considerando o enfoque de nosso estudo, privilegiamos a experiência de programas e estratégias ligados a organismos como o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) que promoveram um circuito complexo e intenso de relações entre órgãos da administração pública e o meio científico e acadêmico.

Criado em 2000 junto à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) passa a operar no sentido de promover desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. A sua primeira gestão ficou a cargo de Beatriz Helena de Carvalho Tess, que à época já havia se graduado médica pela Universidade de São Paulo e mestra e doutora pela Universidade de Londres. De 2003 a 2005, quem ocupa a coordenação do Decit é o também médico Reinaldo Felipe Nery Guimarães, sanitarista com graduação e mestrado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro onde tornou-se também professor e pesquisador. Quando de sua gestão no Decit, Reinaldo contava com uma longa trajetória de experiências em outros órgãos voltados à produção de conhecimento acadêmico e científico, em sua maioria vinculados ao Estado: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ); Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)<sup>69</sup>.

É durante a administração de Reinaldo Guimarães que, em 2003, o Departamento tem seu escopo reformulado e ampliado, passando a se vincular à recém criada Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE), também do Ministério da Saúde. Imbuído do novo objetivo de realizar cooperação técnica e executar projetos de pesquisa de maneira descentralizada em território nacional, o Decit organiza-se a partir de quatro áreas de atuação: apoio à pesquisa; desenvolvimento institucional; assessoria de políticas de ciência e tecnologia; e biotecnologia. Ainda no mesmo ano de 2003, o Comitê Técnico Assessor é nomeado com a finalidade de avançar na construção de uma agenda de pesquisa em saúde que deveria “considerar as necessidades nacionais e regionais de saúde e ser capaz de aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais” (BRASIL, 2004h, p. 30).

---

<sup>69</sup> Informações consultadas na página do Currículo Lattes de Reinaldo Felipe Nery Guimarães, disponíveis em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4727266P6>.



A metodologia de trabalho para compor o que viria a se chamar “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde” (ANPPS) incluiu a construção de um conjunto de subagendas por parte do Decit, a partir de uma avaliação da situação de saúde e das condições de vida dos brasileiros, que foi entregue ao Comitê Técnico Assessor com vistas a aprofundar as pautas. O Comitê era composto por 21 cientistas e gestores de serviços de saúde, escolhidos a partir dos critérios de gênero, região, especialidade técnica, atuação profissional e produção acadêmica. Os integrantes eram advindos de entidades como Universidade Federal do Pará, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Butantan, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Ministério da Saúde. O produto dos esforços do Comitê foi uma proposta de 20 subagendas com seus respectivos subtópicos cuja próxima etapa consistiu em uma consulta pública para, em seguida, ser submetida a discussão e aprovação na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2ª CNCTIS), realizada em Brasília, em julho de 2004.

A 2ª CNCTIS consistiu em um evento organizado pelo próprio Decit em que as etapas prévias somaram 331 encontros regionais onde gestores, conselhos de saúde, comunidade científica, profissionais de saúde e movimentos sociais foram mobilizados para a elaboração das proposições a serem apresentadas na Conferência. Com participação de quinze mil pessoas das áreas da saúde, educação e ciência e tecnologia, a 2ª CNCTIS com o lema de “produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população” (BRASIL, 2005d, p. 16), logrou elaborar a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

No discurso de abertura da 2ª CNCTIS, Reinaldo Felipe Nery Guimarães, então dirigente do Decit e coordenador geral da Conferência, identifica uma ausência da produção de conhecimento científico e tecnológico na área da saúde desde a metade do século passado, que acarreta, segundo ele, em um “relativo afastamento entre as prioridades de pesquisa em saúde e as prioridades da política de saúde em nosso país” (BRASIL, 2005d, p. 20). Diante disso, a fala de Reinaldo enfatiza a necessidade de articulação entre ciência e tecnologia e a área da saúde, tendo na figura do Ministério da Saúde um ator ativo de mobilização e iniciativa na estruturação da pesquisa em saúde de modo a “fazer avançar, no campo científico e tecnológico, o processo de Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005d, p. 25).

Portanto, considerando o processo das prévias, a diversidade regional, institucional e profissional dos atores participantes e os marcos nos quais se estabeleceu a 2ª Conferência, esse evento faz-se ver como uma referência para a produção de políticas públicas indutoras de

pesquisas em temas concernentes à área da saúde. Tal qual apontado por Marco Akerman e André Fischer (2014, p. 182), a própria criação do Decit e em seguida da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE) conferiu “sustentação política, operacional e financeira para a discussão de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) que apoiou chamadas para a construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde” (ANPPS). Trata-se de uma série de ações que conquistaram a criação de territórios formais e institucionalizados voltados ao desenvolvimento científico da saúde pública convergindo atores ligados à equipe de governo, à gestão de serviços, à Academia, a entidades de pesquisa e órgãos fomentadores.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) aprovada também na 2ª CNCTIS propõe, em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que compõem o SUS, um compromisso para a produção de conhecimentos e tecnologias que contribuam para o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais de saúde no Brasil, assim como para a qualificação de programas e serviços de saúde. No conjunto das ações direcionadas para o desenvolvimento científico e tecnológico da saúde pública, estavam inseridos também o Programa Pesquisa para o SUS - gestão compartilhada em saúde (PPSUS) e o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS.

O PPSUS tem como objetivo a descentralização do incentivo à pesquisa por meio de uma aproximação entre o Decit e os estados, favorecendo estudos voltados para problemas de saúde locais. O programa, criado em 2001, atinge todos os estados brasileiros somente a partir de 2004 (VIEIRA-DA-SILVA; SILVA; ESPERIDIÃO, 2017) quando passa a operar também com a ANPPS e obtém resultados expressivos, como

a consolidação da produção científica e a qualificação de recursos humanos, caracterizadas pela formação de 668 novos mestres e 332 doutores, pós-graduandos que tiveram suas pesquisas concluídas com o apoio recebido de projetos financiados pelo Programa. Outro dado relevante é o registro de 24 patentes, fruto de pesquisas fomentadas pelo PPSUS (BRASIL, 2010a).

O Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS teve início em 2002 como uma estratégia com o propósito de promover a PNCTIS por meio do reconhecimento de estudos com grande potencial de incorporação no SUS. De frequência anual, os resumos dos trabalhos selecionados nas diferentes categorias foram publicados e divulgados (de forma sistemática até 2014) no portal virtual do Ministério da Saúde<sup>70</sup>. Ao longo dos anos de realização do Prêmio, identificamos quatro trabalhos vencedores cujas temáticas tratam

---

<sup>70</sup> Cf. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/premio/publicacoes.php>.

diretamente de questões presentes na subagenda de saúde da mulher da ANPPS. Localizadas nas categorias de mestrado e de especialização, duas as pesquisas premiadas abordam questões relacionadas à gestação (FREIRE, 2004; REBERTE, 2010), ao passo que uma trata sobre câncer de colo uterino (HILLMANN, 2012) e outra sobre baixa densidade óssea em mulheres (REIS NETO et. al., 2012).

A última edição ganhou lugar em 2017 e, nos seus quinze anos de vida, o Prêmio recebeu 5.872 inscrições e premiou 370 pesquisadores, entre gratificações financeiras destinadas às pesquisas que alcançaram o primeiro lugar e menções honrosas aos outros cinco trabalhos mais bem colocados em cada categoria<sup>71</sup>. Portanto, vale destacar que durante os quinze anos de duração, o Prêmio operou também como um articulador entre MS e instituições de ensino e pesquisa, uma vez que as comissões julgadoras foram constituídas de maneira mista, com presença de gestores de serviços de saúde e de técnicos ligados ao MS, assim como de cientistas e acadêmicos vinculados a universidades.

Para o debate da ANPPS na 2ª CNCTIS, formaram-se grupos específicos destinados a trabalhar em cada subagenda, sendo que os integrantes do grupo de “Saúde da mulher” eram advindos de instituições de ensino e pesquisa, do Ministério da Saúde e de organizações não-governamentais. A coordenação coube a Wilza Villela e a relatoria a Suzanne Serruya e Marcos Leite dos Santos, sendo que, na ocasião, Suzanne Serruya ocupava também o cargo de relatora geral da Conferência.

Wilza Villela é médica psiquiatra com mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Medicina Preventiva que, no período da 2ª Conferência, encontrava-se inserida na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, onde exerceu funções relacionadas à Área Técnica de Saúde da Mulher e à Atenção Básica, assim como ao Instituto de Saúde, no qual era pesquisadora. Sua trajetória é marcada pela dedicação aos temas de gênero, sexualidade, saúde e políticas públicas. Posteriormente à Conferência, Wilza Villela participaria também da comissão julgadora de algumas edições do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS.

Os relatores, Suzanne Serruya e Marcos Santos são médicos ginecologistas. Suzanne Serruya prestou serviço à Área Técnica de Saúde da Mulher de 1999 a 2003, compondo com atuação acadêmica na Universidade do Estado do Pará e com o exercício de gestão da área de Desenvolvimento Institucional do próprio Decit, a partir de 2003. É ela quem sucede a Reinaldo Guimarães na direção do Decit de 2005 a 2008, promovendo chamadas públicas de pesquisas de grande relevância no país, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da

---

<sup>71</sup> Cf. PRÊMIO, 2017.

Mulher e da Criança (PNDS), o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa Brasil) e o Estudo de Doenças Negligenciadas. O segundo relator, Marcos Santos, formou-se em medicina e praticava a obstetrícia vinculado à Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, exercendo também a função de coordenador da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), de 2000 a 2006.

A subagenda “Saúde da mulher” já constava na proposta elaborada pelo Comitê Assessor do Decit subdividida em dois eixos: magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde da mulher; e avaliação de políticas, programas e serviços. Alguns temas - como aborto, pré-natal, gestação, DST, sexualidade - se repetem nos dois eixos, porém recebendo tratamentos distintos, pois são abordados a partir do direcionamento específico dado em cada situação. O primeiro eixo, “magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde da mulher”, contém onze subtópicos tematizando: aborto; atenção e cuidado à saúde; contracepção e concepção; DST/Aids; envelhecimento; gravidez, parto e puerpério; raça, etnia e saúde; saúde mental; sexualidade; trabalho e saúde; violência. Após os trabalhos sobre a proposta, diversas modificações foram feitas no conteúdo desses subtópicos do primeiro eixo e um item foi incluído: câncer de mama, fazendo com que esse conjunto passasse a contar, portanto, com doze subtópicos. No âmbito da 2ª CNCTIS, os temas de contracepção e concepção, DST/Aids, atenção e cuidado à saúde, trabalho e saúde, e, principalmente, gravidez, parto e puerpério tiveram seu conteúdo ampliado, sendo este último definido agora por catorze pontos, ao invés de cinco, como estava na proposta anterior do Comitê. Por outro lado, alguns temas sofreram uma redução de seu escopo, quais sejam: aborto, saúde mental, sexualidade e violência. Raça, etnia e saúde e envelhecimento mantiveram as características prévias.

No que diz respeito ao segundo eixo da proposta do Comitê para a subagenda – “avaliação de políticas, programas e serviços” -, observamos que para o formato final do documento, o conteúdo desse conjunto foi segmentado em duas partes, ganhando tal estrutura: avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva; avaliação de políticas, programas e serviços. Ademais da nova divisão dos temas que compõem o segundo eixo, durante o processo de trabalho na 2ª CNCTIS, houve também mudanças no conteúdo dos subitens, entre as quais destacamos a supressão dos temas de saúde mental e de raça e etnia. Por outro lado, houve ampliação do escopo da pauta sobre aborto que passou a incluir o estudo acerca do aborto legal e da qualidade dos dados sobre curetagem. Dessa forma, a subagenda de saúde da mulher da ANPPS, publicada em 2006, contava com três eixos, nos

quais um deles debruçava-se sobre um aspecto específico do processo de saúde e doença das mulheres: avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva (BRASIL, 2006c).

Os movimentos de construção e aprovação das prioridades de pesquisa em saúde no formato da ANPPS são relevantes, pois nos mostram os caminhos percorridos para eleger os temas emergentes de trabalho na conexão entre o setor da saúde e a produção de conhecimento científico. No que diz respeito à saúde da mulher, trata-se de enunciar qual será o horizonte ideal de produção de conhecimento, durante determinado período, sobre mulher e saúde. Em outras palavras, o que se produz são pontos de partida capazes de conformar o que constitui uma mulher na saúde, assim como o que constitui sua saúde. Nesse processo, entrecruzam-se uma diversidade de fatores e de atores, tais como

a limitação de recursos financeiros, a pressão da opinião pública, a ideologia dos partidos políticos e de outros atores atuantes no setor etc. Todos esses aspectos desempenham papéis legítimos e fundamentais, influenciando sobre as escolhas feitas pelos gestores em todas as etapas de construção de políticas e implementação de ações. Também as evidências científicas, sempre que disponíveis, podem e devem desempenhar um papel determinante nesse processo. (BRASIL, 2007c, p. 07).

Embora não mencionados diretamente pelo excerto do documento do MS apresentado acima, também os gestores do nível federal são vistos como atores ativos na formulação da agenda, exercendo pressão sobre os processos de deliberação em diferentes níveis, por meio de “iniciativas pessoais e/ou coletivas” (VIEIRA-DA-SILVA; SILVA; ESPERIDIÃO, 2017, p. 95). As mesmas autoras apontam também a influência de pesquisadores de outras áreas técnicas do MS no desenho das prioridades, corroborando com a ideia de que a busca por influenciar e conduzir as diretrizes de fomento à pesquisa não se deu somente no âmbito das conferências e dos comitês.

As transformações realizadas no conteúdo e na estrutura da subagenda de saúde da mulher no processo de formulação da ANPPS apontam para um campo móvel em disputa, no qual alguns temas, como DST/Aids, contracepção, reprodução, parecem ter mais força do que outros, entre os quais: saúde mental, sexualidade, trabalho. Chamamos a atenção para o que emerge como objeto de produção de saber sobre um corpo designado como feminino. Considerando que a ANPPS não se restringiu a ser somente uma recomendação de pautas para a pesquisa, mas também introduziu relevante aporte financeiro e conferiu visibilidade para pesquisadores e instituições - dada a divulgação de editais e prêmios -, o processo de sua construção evidencia, assim como apontado por Marco Akerman e André Fischer (2014, p. 189), que “priorizar também é um ato político”. Portanto, afirma-se que as escolhas feitas ao

longo da formulação da subagenda indicam uma produção de sujeito e de hierarquias de problemas mais do que uma simples representação de um quadro já fixado algures entre sociedade civil, administração pública e Academia.

De acordo com os dados fornecidos pelo Decit (BRASIL, 2010a) e estudos sobre a atuação do Departamento (PETERS, 2013; VIEIRA-DA-SILVA, SILVA, ESPERIDIÃO, 2017), ao longo dos anos foram contemplados com apoio financeiro pesquisas, projetos e/ou eventos de todas as 24 subagendas constantes na ANPPS. No período de 2002 a 2009, o Decit fomentou 147 projetos vinculados à subagenda de saúde da mulher, totalizando em recursos financeiros R\$14 milhões (BRASIL, 2010a). Considerando o investimento em quantidade de projetos e de verba para todas as subagendas, a saúde da mulher encontra-se na sétima posição entre os temas mais contemplados.

Na base de dados de chamadas públicas nacionais do CNPq figuram editais formulados em parceria com o Decit para as distintas temáticas da ANPPS, incluindo saúde da mulher, sobretudo em três chamadas datadas de 2007, 2008 e 2009. Em 2007 é lançado um edital voltado ao estudo de gravidez na adolescência e aborto (BRASIL, 2007d) e, no ano seguinte, um novo edital com a mesma temática é publicado (BRASIL, 2008). Já a chamada de 2009 trata sobre o parto cesáreo (BRASIL, 2009a). No mesmo período, porém por intermédio de outras parcerias - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - é publicada em 2005 a chamada para a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), um estudo de ampla relevância no cenário nacional que permitiu a elaboração de indicadores demográficos de saúde e nutrição para mulheres de 15 a 49 anos e crianças menores de 5 anos de idade. A PNDS proporcionou uma base de dados que tem sido capaz, desde sua publicação, de subsidiar políticas públicas e também inúmeras pesquisas científicas e acadêmicas (BRASIL, 2009b)<sup>72</sup>.

O relatório de gestão do Decit (BRASIL, 2007e) referente ao ano de 2005 e publicado em 2007, oferece análises detalhadas sobre o trabalho em algumas subagendas com dados sobre investimento financeiro nas diferentes linhas temáticas, distribuição de apoio por região do país, natureza das atividades das instituições executoras, entre outros. O conteúdo desse documento guarda uma diferença expressiva em comparação aos demais, sobretudo nos dados referentes à subagenda de saúde da mulher. Os relatórios de gestão do Decit correspondentes ao período analisado foram publicados com periodicidade anual, ainda que às vezes com

---

<sup>72</sup> Cabe registrar que a PNDS programada para o ano de 2016 não foi realizada no prazo esperado e até o presente momento encontra-se sem previsão de execução.

algum atraso. No entanto, a discrepância de conteúdo e de análises entre eles é significativa e pode estar relacionada à alta rotatividade da equipe responsável pelo Departamento, o que “provocava a descontinuidade de processos e afetava o acúmulo de capacidade técnica” (VIEIRA-DA-SILVA; SILVA; ESPERIDIÃO, 2017, p. 94). Portanto, as lacunas na institucionalidade do Decit podem ser vistas como uma fragilidade da política de incentivo à ciência e tecnologia do MS, cujos reflexos não se mostram somente na ausência de padronização da informação apresentada, mas também na estabilidade de processos e na preservação da memória institucional.

### **5.3.1. Temas priorizados e distribuição de recursos**

No ano de 2005, o financiamento distribuído pelo Decit cobriu de forma desigual as linhas temáticas da subagenda de saúde da mulher. O relatório aponta que o tema gravidez, parto e puerpério foi o mais freqüente, alcançando 23% do total, seguido por magnitude, dinâmica e compreensão de problemas de saúde da mulher, com 18% (BRASIL, 2007e). Todo o restante dos temas elencados na subagenda – saúde da mulher; avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva; aborto; violência; saúde mental; atenção e cuidado com a saúde; avaliação de políticas, programas e serviços; câncer de mama; trabalho e saúde – contabilizou menos de oito projetos registrados.

No levantamento acerca dos grupos populacionais mais estudados entre as pesquisas apoiadas em 2005 pelo Decit, o que vemos é em primeiro lugar crianças, com 10,4%, seguido por mulher com 7,5% e, na terceira posição: criança e mulher com 3,1%. Ainda que esse conjunto de informações refira-se ao ciclo de apenas um ano de funcionamento do Decit, faz-se relevante notar que, sendo esse o primeiro ano após a realização da 2ª CNCTIS, é possível que tais dados expressem alguns efeitos do que fora debatido e aprovado na Conferência. Uma vez que o subitem “gravidez, parto e puerpério” foi o que teve seu conteúdo mais desenvolvido no processo da Conferência, passando de cinco para catorze itens, o privilegiamento dessa mesma questão no montante de apoio concedido a pesquisas no ano seguinte pode apontar para um esforço de valorização desse tema à época. Outro dado que chama a atenção no relatório do Decit é o fato de “criança e mulher” constituir um grupo populacional específico no universo de pesquisas em saúde.

Ampliando nossa lente para um recorte maior de tempo, levantamos os dados referentes às pesquisas apoiadas no período entre 2004 e 2009. A busca realizada na base de dados Pesquisa Saúde, do Ministério da Saúde, não possibilita desagregar os dados da mesma forma como apresentado no relatório de 2005 do Decit, contudo ainda fornece informações relevantes para que tenhamos um panorama sobre como o MS organizou o investimento em pesquisa nos anos assinalados.

De acordo com a base de dados, foram apoiadas 164 pesquisas no período, para as quais foram destinados, aproximadamente, dezesseis milhões de reais. No que tange à distribuição de fomento pelas regiões do país, vemos que Nordeste e Sudeste tiveram a mesma quantidade de estudos contemplados: 57. Porém, a alocação de verbas se deu de modo assimétrico, uma vez que o Sudeste recebeu em torno de nove milhões (mais da metade de todo o valor) e o Nordeste ficou com três milhões. Nordeste e Sudeste concentram maiores volumes de verbas e pesquisas, contudo o conjunto dos seis anos observados mostra que, apesar de contabilizar a mesma quantidade de estudos, o Sudeste recebeu o triplo de recursos.

As instituições que obtiveram maior quantidade de recursos foram: Fiocruz, com cerca de três milhões e meio para 6 pesquisas; Universidade Federal da Bahia, com aproximadamente R\$900 mil e 7 pesquisas contempladas; e Universidade de São Paulo, que contou com por volta de R\$800 mil para apoiar 8 pesquisas. Por outro lado, as instituições com mais pesquisas incentivadas foram: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com 14 pesquisas, Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Pernambuco, ambas com 8 pesquisas.

Na desagregação por “tipo de pesquisa”, a base de dados informa que a maior parte dos estudos apoiados, 36, concentrou-se em investigações do modelo da pesquisa clínica. Em seguida, a classificação mais elegida foi “pesquisa em Saúde Coletiva”, com 34 estudos. Em relação ao setor onde as pesquisas se localizam, em primeiro lugar temos “processo saúde-doença”, abarcando 86 pesquisas, enquanto “avaliação de políticas de saúde” ocupa a segunda posição, com 33 estudos incluídos. Por fim, no que diz respeito à modalidade de fomento, 94 pesquisas foram apoiadas via PPSUS, 69 através de fomento nacional e apenas uma por contratação direta<sup>73</sup>. A proeminência do fomento via PPSUS revela a rápida penetração que a recém criada política alcançou no universo da produção de conhecimento na e para a saúde.

---

<sup>73</sup> A modalidade de fomento por “contratação direta” refere-se a pesquisas relacionadas a demandas estratégicas identificadas por áreas técnicas do Ministério da Saúde que são selecionadas de acordo com critérios estabelecidos pelo Decit. Cf.: <http://pesquisasaude.saude.gov.br/noticiaLerMais.xhtml?id=1271>.



No período próximo à PNAISM, a única pesquisa contratada diretamente pelo MS consistiu na “Metanálise da literatura científica brasileira sobre o aborto”, iniciada em 2007, cujo aporte financeiro foi de cerca de 80 mil reais. Sediada na Universidade Estadual do Rio de Janeiro e coordenada por Marilena Corrêa<sup>74</sup>, a pesquisa resultou também na publicação de um livro intitulado “20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil” (BRASIL, 2009c), organizado por Debora Diniz e Marilena Corrêa. O principal objetivo declarado pela proposta era de sistematizar evidências científicas de diversas áreas do conhecimento no Brasil a respeito do aborto publicadas entre 1987 e 2007, com o intuito de fortalecer a agenda de pesquisas sobre o tema e aproximar o debate político da produção acadêmica.

Vale destacar o setor no qual a maior parcela de pesquisas se inscreveu - processo saúde-doença -, assim como os tipos de pesquisa mais prevalentes – clínica e em Saúde Coletiva. Segundo o dicionário do sistema Pesquisa Saúde (BRASIL, 2014a), o setor nomeado processo saúde-doença consiste nos “processos biológicos, psíquicos e sociais relacionados com a manutenção da saúde ou o desenvolvimento das doenças em nível molecular, tecidual, orgânico, clínico, epidemiológico e social”. Já o tipo de pesquisa clínica se refere a estudos de eficácia, visando o desenvolvimento de novos conhecimentos para diagnóstico, tratamento e reabilitação. O modelo de pesquisa em Saúde Coletiva, por sua vez, trata das “dimensões materiais e simbólicas do processo saúde-doença, da resposta socialmente organizada aos problemas de saúde na dimensão coletiva e da distribuição e determinantes de problemas de saúde e eventos em populações”, além de abarcar também investigações sobre “aspectos gerenciais e administrativos das políticas, programas e serviços de saúde”.

Vemos que pouco mais de metade das pesquisas na subagenda de saúde da mulher, entre 2004 e 2009, dedicou-se a investigar questões concernentes aos aspectos biopsicossociais relacionados à saúde das mulheres. No que se refere ao tipo de pesquisa, considerando que 36 investigações optaram por estudos de eficácia, ao passo que 34 situaram-se no campo da Saúde Coletiva, podemos concluir que houve uma equiparação entre abordagens direcionadas para avaliação e desenvolvimento de técnicas e medicamentos e outras de cunho interdisciplinar, geralmente designadas para problemas considerados complexos. Diante disso, chama a atenção a significativa relevância que atores da Academia e das ciências imprimiram, ao longo dos cinco anos analisados, à produção de conhecimento na interface entre as ciências biológicas e as ciências sociais e humanas.

---

<sup>74</sup> Marilena Corrêa é médica, psiquiatra e sanitária com trajetória fortemente marcada pela pesquisa nos temas de estudos sociais da atividade científica da inovação e de tecnologias biomédicas, incluindo saúde reprodutiva. Atualmente é professora associada sênior do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Um último ponto de interesse na análise dos dados do sistema Pesquisa Saúde corresponde ao montante investido na subagenda de saúde da criança e do adolescente. O valor dessa informação para nossa pesquisa reside no fato de que políticas de saúde materno-infantis incluem em seu horizonte ações voltadas a mulheres – adultos - e também a crianças, sobretudo até os dois anos de idade. Levando em conta que a PNAISM se propõe a afirmar a relevância e a pertinência de um conjunto de ações em saúde destinadas especificamente à mulher, interessa conhecer os dados sobre o investimento em pesquisas referentes a crianças para visualizar a distribuição do investimento entre as duas subagendas. Sendo assim, a busca mostra que, entre 2004 e 2009, o Decit contemplou 122 pesquisas em saúde da criança e do adolescente, totalizando um repasse de, aproximadamente, oito milhões de reais. O que demonstra um investimento significativamente mais reduzido em comparação com a subagenda de saúde da mulher. Com isso, não queremos afirmar que as áreas que as subagendas representam concorrem, necessariamente, entre si, pois se trata de conhecer as escolhas de atuação do órgão governamental no incentivo da produção de conhecimento.

Considerando a avaliação da PNCTIS realizada por Ligia Vieira-da-Silva e colegas (2017), a disparidade de recursos financeiros e pesquisas apoiadas entre as diferentes regiões do país, faz-se presente na trajetória de operação do Decit e pode ser explicada pela concentração de instituições e de doutores em algumas regiões do território nacional mais do que em outras. Tal paradoxo refletiria, portanto, a desigualdade na distribuição e no acesso ao ensino e à pesquisa no país, colocando-se como um desafio para a intenção da PNCTIS de combater as desigualdades regionais.

No que se refere a movimentos dedicados a convergir produção de conhecimento acadêmico e científico e questões diretamente ligadas às mulheres e à perspectiva de gênero, identificamos também o Programa Mulher & Ciência (PMC). Iniciativa lançada em setembro de 2005, a partir do trabalho coordenado pela SPM com colaboração de Ministério da Ciência e Tecnologia, CNPq, Ministério da Educação, ONU Mulheres, CAPES, Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e, posteriormente, do Decit. O programa foi apresentado com a finalidade de “estimular a produção científica sobre as relações de gênero no Brasil e promover a participação das mulheres nas áreas das ciências e carreiras acadêmicas” (BRASIL, 2005e), sendo operacionalizado a partir de três principais mecanismos: edital bianual de pesquisas sobre relações de gênero, mulheres e feminismos; Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero; e encontro trianual “Pensando Gênero e Ciências”.

Os editais de apoio a pesquisas no campo dos estudos de gênero, mulheres e feminismos foram publicados nos anos de 2006, 2008 e 2010, contando com 1007 propostas de trabalho inscritas, das quais 511 receberam recursos financeiros que, ao todo, somaram cerca de 13 milhões de reais<sup>75</sup>. Um dos pré-requisitos das chamadas públicas para as propostas referia-se à titulação do coordenador da pesquisa e era subdividido em duas categorias: doutores há menos de cinco anos e doutores há mais de cinco anos. De acordo com a ministra da SPM, Nilcéa Freire (2010), os editais do PMC representam a primeira vez em que se destinou financiamento específico para uma chamada pública direcionada a pesquisas dedicadas às questões de gênero.

O Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero foi destinado a estudantes de ensino fundamental, médio, graduação e pós-graduação nos moldes de um concurso de redações e de artigos científicos que abordassem gênero, mulheres e feminismos. A primeira premiação deu-se em 2006 e a última em 2015, contabilizando ao todo 10 edições, com a participação de milhares de estudantes de todo o território nacional<sup>76</sup>. A 11ª edição chegou a ser anunciada em 2017 e as inscrições foram abertas, no entanto não teve seguimento e o evento foi cancelado. Os vencedores da edição anterior, de 2015, não receberam as respectivas recompensas e a iniciativa foi suspensa por tempo indeterminado no governo de Michel Temer<sup>77</sup> (MARIZ, 2017).

Os dois encontros nacionais de núcleos e grupos de pesquisa “Pensando Gênero e Ciências” aconteceram em 2006 e 2009, na cidade de Brasília, reunindo pesquisadores de todas as regiões do país com a finalidade de debater a relação entre mulher e ciência. No primeiro evento, compareceram mais de 200 núcleos e grupos de pesquisa oriundos de cerca de 100 universidades brasileiras (BRASIL, 2006d). Já no encontro de 2009, estavam representados mais de 150 grupos e núcleos de pesquisa somando mais de 200 participantes. Para a ministra Nilcéa Freire (2010, p. 11), os encontros eram oportunidades de

promover o fortalecimento da participação igualitária, plural e multirracial das mulheres nas áreas científicas e tecnológicas e na produção do conhecimento na área de gênero, e ampliar o debate sobre as dimensões ideológicas do sexismo, racismo e lesbofobia em todas as áreas do conhecimento.

Em cada edição, ao longo dos três dias de conferências e mesas temáticas, também foram organizados grupos de trabalho para construir uma carta de recomendações e propostas para a SPM a ser publicada junto aos anais do evento. Ambas as cartas reafirmam o

---

<sup>75</sup> Cf.: CNPQ, 2010.

<sup>76</sup> Cf. CNPQ, 2016.

<sup>77</sup> Michel Temer, que ocupou a presidência da República após a destituição da presidenta Dilma Rousseff e permaneceu no cargo de 31 de agosto de 2016 a 1 de janeiro de 2019.

compromisso com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e recomendam que a perspectiva feminista e a de gênero estejam presentes em todos os níveis de ensino, com incentivo para a produção, publicação e acesso a estudos ligados a essa temática, assim como fortalecimento de grupos e núcleos de pesquisa nas instituições de ensino. As cartas também propõem a adoção de ações afirmativas em ciência e tecnologia, incluindo o estímulo à ocupação de cargos em comitês, agências e similares por mulheres, a concessão de licença maternidade para pós-graduandas e a produção de dados – indicadores e estatísticas – que considerem as categorias gênero, raça e etnia.

De acordo com Betina Lima e colegas (2016), através da implementação do PMC, a SPM - em conjunto com suas parcerias - promoveu ações com vistas ao enfrentamento da sub-representação histórica das mulheres nas carreiras científicas e tecnológicas. Para tanto, ganharam forma estratégias de apoio à produção científica sobre mulheres e ciência, investimento em divulgação da pauta e da produção relacionada, promoção de encontros nacionais reunindo a comunidade acadêmica, entre outras. Embora diversas ações tenham sido descontinuadas, vale destacar a realização desse amplo espectro de iniciativas dedicadas a articular gênero e ciência, assim como órgãos administrativos do governo (MS, MEC, SPM) e universidades.

Para a então ministra da SPM, Nilcéa Freire (*apud* BRASIL, 2006e), ao priorizar a discussão sobre gênero, feminismo e diversidade sexual, o Programa Mulher & Ciência permitia a valorização de “um campo de estudo que, muitas vezes, não encontra legitimação em um ambiente acadêmico, pois é entendido mais como uma militância e não como prática acadêmica”. No mesmo artigo (BRASIL, 2006e), Joana Maria Pedro, professora universitária, entende que o avanço no sentido da efetivação das políticas para mulheres no meio acadêmico “reforça a necessidade da discussão sobre gênero se consolidar como uma categoria de análise que por muito tempo esteve fora do mundo acadêmico”.

A trajetória do PMC ganha ainda mais destaque quando se observa que, no mesmo período, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) não citava em suas Conferências e documentos oficiais a questão de gênero no âmbito da ciência e da tecnologia, ao passo que a SPM estava pautando o tema e desenvolvendo ações nessa direção (LIMA; LOPES; COSTA, 2016). Considerando a relevância das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres e seus respectivos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, temos a conformação de uma conjuntura em que uma Secretaria com *status* de ministério – SPM - aproxima-se de movimentos sociais, sobretudo de mulheres e feministas, e constrói, em conjunto com estes, eventos com poder deliberativo para a formulação de, ao menos, parte de

sua agenda. A presença maciça de mulheres cientistas e acadêmicas nos Encontros “Pensando Gênero e Ciências” (BRASIL, 2006d) cujos debates giraram em torno do lugar da mulher na pesquisa científica, na produção de tecnologia e na universidade, em contraste ao silêncio do MCTI sobre o tema, pode explicar a diferença entre as agendas dos dois ministérios durante o período considerado. Tal constatação também lança luz sobre a diferente entrada que a transversalização do gênero experimentou nas distintas pastas ministeriais.

O documento que comemora dez anos de existência do Decit, elaborado em 2010, é enfático ao afirmar que os dois instrumentos finalizados na 2ª CNCTIS, ou seja, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, operaram para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no campo da saúde e para o uso de dados científicos na formulação de políticas públicas de saúde. Apesar de ter sido elaborada e debatida entre 2003 e 2004, a ANPPS é publicada somente em 2006 e configura o “primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil” (AKERMAN; FISCHER, 2014, p. 181).

O papel da ANPPS de definir as linhas temáticas mais prementes de estudo como uma diretriz para o campo das ciências da saúde é caracterizado por ser também um instrumento de gestão da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE), guiando as ações de fomento através da publicação de editais públicos de pesquisa em conjunto com as agências financiadoras (VIEIRA-DA-SILVA; SILVA; ESPERIDIÃO, 2017). Isto é, além de sediar um componente financeiro de repasse de verba, a ANPPS atuou definindo em que direção o recurso seria investido. Trata-se de um dado relevante, uma vez que até a implementação da ANPPS e da PNCTIS, o órgão responsável pela gestão das pesquisas em saúde era o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação.

Portanto, somando-se a ascensão do MS a uma posição de liderança no direcionamento da agenda de pesquisa em saúde ao incremento da verba destinada a esse propósito, entendemos que o momento em questão proporciona para o MS um aumento em sua autonomia de induzir e fomentar produção de conhecimento científico (GUIMARÃES; SERRUYA; DIAFÉRIA, 2008; GOLDBAUM, SERRUYA, 2006). Tal deslocamento é mencionado como frutífero pelo próprio Decit:

As ações de fomento à pesquisa promovidas pelo Decit possibilitaram que o Ministério da saúde assumisse um importante papel na articulação da ciência e tecnologia em saúde no Brasil, antes atribuído ao Ministério da Ciência e Tecnologia, o que tem acarretado um maior alinhamento entre os objetos das pesquisas e a Política Nacional de Saúde. (BRASIL 2007c)

Um dos efeitos imediatos dessa configuração faz-se ver na aproximação entre atores da administração pública e atores do meio científico, tecnológico e acadêmico, gerando um fluxo de relações advindo de ambas as partes. Segundo Ligia Vieira-da-Silva e colegas (2017), a parceria com o MS proporcionou ao CNPq e às Fundações de Amparo à Pesquisa: desenvolvimento do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, divulgação científica de suas plataformas e incorporação de critérios como equidade regional e relevância social. Por outro lado, as mesmas autoras apontam que também o MS ganhou repertório em termos da dinâmica acadêmica e científica, como o julgamento por pares, a qualificação da gestão do fomento e o fortalecimento de políticas por meio da sustentação de evidências científicas, por exemplo.

Nessa dinâmica, vale ressaltar o papel fundamental do Decit em relação à capacidade de transferências de fundos que o órgão passou a exercer, possibilitando ao MS um ganho de autonomia tanto no que se refere à destinação de verbas para instituições de pesquisa, quanto no que concerne à agenda de prioridades. Em outras palavras, a pasta pôde investir diretamente nas pesquisas que a interessavam. Em artigo publicado em revista científica sobre a atuação da SCTIE, Reinaldo Guimarães, Suzanne Serruya e Adriana Diaféria (2008, p. 12) – todos integrantes da gestão da Secretaria -, assinalam que no período entre 2003 e 2007, o órgão empenhou mais de R\$200 milhões no apoio a pesquisas na busca por “trazer a autoridade sanitária nacional para o centro das ações de política de ciência, tecnologia e inovação em saúde”.

Diante disso, vemos uma conjuntura na qual o MS logra construir para si uma via autônoma de relação com instituições de ensino e pesquisa de forma simultânea à transversalização das políticas para mulheres, cujo investimento em produção de conhecimento acadêmico e científico, abarca desde a definição de prioridades de pesquisa até a alocação de recursos para subsidiar estudos por fazer e premiar os já finalizados. Vimos também que os encontros promovidos em torno do Programa Mulher & Ciência possibilitaram divulgação de conteúdo científico, assim como mobilização de mulheres inseridas no meio acadêmico no país, o que culminou na construção de demandas para políticas públicas para esse setor.

A trama envolvendo instituições de ensino e pesquisa e o Estado aponta para a articulação produzida entre conhecimento científico, saúde e saúde da mulher, onde a construção da subagenda dedicada à saúde da mulher na ANPPS constitui-se como um caso exemplar. Em seu processo de formulação, ao observar os itens que foram aprofundados, inseridos ou excluídos, podemos vislumbrar as marcas da luta de forças em torno do que

significa mulher e, portanto, em que consistem as práticas de saúde a ela devotadas. O jogo de aproximações e distâncias na elaboração da Agenda em relação a temas como sexualidade, aborto e saúde mental pode funcionar como um marcador da tensão que habita esse debate. Lembrando, afinal, junto com Marco Akerman e André Fischer (2014), que o ato de priorizar é um ato político.

\*

A trajetória vivida no acompanhamento da PNAISM nos levou a encontrar acontecimentos anteriores a sua promulgação, em 2004, e também posteriores, considerando, inclusive, seu período de vigência. Iniciamos a jornada pelo estudo do documento, entrando em contato com o que o discurso da política quer registrar. A partir de então, analisamos a mobilização de ativistas em prol dos direitos das mulheres na interface com a elaboração da PNAISM, seja por meio de instâncias formais de participação social, seja através da prática do *advocacy*. Em seguida, discutimos o contexto dos órgãos de governo e seus dirigentes, especialmente no âmbito federal, para, ao final, investigar a atuação do Ministério da Saúde no incentivo à produção de pesquisas acadêmicas e científicas na área de saúde da mulher.

O estudo das condições de possibilidade para a feitura da PNAISM indica uma conjuntura complexa, na qual uma combinação de diferentes elementos parece se colocar de modo a promover o deslocamento das ações de saúde integral da mulher da chave de programa (PAISM) para a chave de política nacional (PNAISM). Considerando a hierarquia jurídica e institucional das políticas públicas, a designação de política nacional passa a situar a saúde da mulher em uma posição de maior relevância no quadro normativo do país, envolvendo, inclusive, outras pastas no processo de formulação e implementação da PNAISM, em especial a SPM.

A fim de promover políticas de saúde da mulher alinhadas com a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, da integralidade e da diversidade de condições de vida das mulheres brasileiras, os movimentos feministas e de mulheres buscaram incidir no governo por vias múltiplas, quais sejam: participação social institucionalizada; ocupação de cargos no organograma do poder Executivo; e *advocacy*. Tendo em vista a delicada dinâmica de transitar entre esses diferentes lugares, é durante a I Conferência Nacional de Políticas para

Mulheres que Eleonora Menicucci (*apud* CFEMEA, 2004e) reafirma que o compromisso ético das ativistas e seus coletivos é com o movimento social e não tanto com o governo.

Empreender tal tarefa de tornar permeáveis as políticas públicas às reivindicações feministas requisitou dos movimentos sociais um esforço de tradução de suas pautas em termos mais palatáveis para o Estado, de modo a tornar a interlocução possível. Sendo assim, entendemos que dentre as diversas frentes de ação do movimento social, residiu uma cuja perspectiva adotada passava necessariamente pela construção de relações com o governo. O que não é uma prerrogativa apenas dos movimentos feministas e de mulheres, uma vez que o movimento sanitarista das décadas de 1970 e 1980 também incluía a articulação com o Estado em seus projetos de transformação.

Entretanto, vale notar que o Estado não é uma estrutura monolítica estanque, pois a circulação e o cruzamento de forças não conciliadas entre si faz do próprio ambiente da gestão federal uma arena de lutas intensas. A ocupação de cargos nos ministérios por ativistas pelos direitos das mulheres, sobretudo feministas, trouxe implicações tanto para os movimentos sociais, quanto para o próprio Estado. Isso pois, para as ativistas trata-se de estar em negociação permanente da agenda, ao passo que para o Estado resulta em assumir um conjunto de proposições, conceitos e prerrogativas no seu quadro de referências.

O percurso da PNAISM também faz ver as tensões internas aos diferentes movimentos feministas e de mulheres, no sentido de problematizar a universalização da mulher urbana, branca e heterossexual e, conseqüentemente, de suas condições de vida e necessidades de saúde. O fortalecimento de uma “agenda diversificadora de diferenças intragênero” (MATTOS, LINS, 2018) expandiu o sujeito político em questão para visibilizar mulheres negras, indígenas, lésbicas, do campo, com deficiência e em situação de prisão. Vimos com Sueli Carneiro (2003) a contribuição fundamental do movimento de mulheres negras para que os feminismos se tornassem mais sensível às diferenças.

Diferenças essas que, como vimos, se apresentam também de modo diverso no texto da política. A brevidade com que o documento traça objetivos e estratégias para determinados grupos populacionais – indígenas, em situação de prisão e lésbicas, por exemplo – pode ser compreendida como um analisador da capacidade da política em tratar sobre a multiplicidade de modos de existir enquanto mulher no país. Levando em consideração que, de acordo com Sueli Carneiro (2003), essa é uma problemática que se impõe para o próprio feminismo, podemos entender que os limites em articular as diferentes expressões de mulher não se manifestam somente no documento, mas também no âmbito dos movimentos sociais.



A convivência entre diversas perspectivas sobre o que é mulher atravessa a PNAISM como um todo, tornando-se visível, por um lado, no uso de conceitos que se assentam sobre o lugar da mulher enquanto reprodutora; e, por outro, através de abordagens que ensaiam um distanciamento da reprodução e dos órgãos imediatamente a esta vinculados para tratar de outros temas de saúde. A narrativa da mulher reprodutora aciona conceitos que associam a virtualidade da gestação à existência da mulher, tais como idade fértil/reprodutiva, mortalidade materna e climatério. Ainda que tais termos não sejam criações do próprio documento, seu uso massivo é operado, simultaneamente, como categoria analítica e como parâmetro responsável por subdividir a vida da mulher em fases que têm como baliza a fertilidade. O exercício de articular a mulher e seu corpo a outras experiências de saúde e doença, por sua vez, surge no documento mediante a discussão, mesmo que breve, de violência, saúde mental e terceira idade.

Sendo assim, considerando os objetivos apresentados pela política, entendemos que na busca por designar as mulheres de forma mais ampliada e sensível às diversidades e desigualdades, a PNAISM não deixa de ser ela mesma um analisador das intrincadas tensões que rondam o que é mulher e do que é relevante em seu corpo e sua existência para transformar-se em matéria de intervenção na área da saúde.

Por fim, interessa destacar o fortalecimento do Ministério da Saúde como um agente indutor da produção de conhecimento científico e tecnológico. O advento da ANPPS mostrou a importância dada pelo Estado para o estabelecimento de prioridades de pesquisa, ao passo que a elaboração do PPSUS apontou para o objetivo de descentralizar os recursos financeiros, em busca de fazer-se presente em todas as regiões do país. Embora no processo de formulação da subagenda de saúde da mulher tenham emergido dissonâncias em relação ao desenvolvimento de determinados conteúdos – sexualidade e aborto, por exemplo –, é notável o amplo espectro de temas abordados em seu conjunto. Vale também observar que a ANPPS não adota uma subagenda de saúde materno-infantil, tendo preferido distribuir as propostas temáticas entre a subagenda de saúde da mulher e a de saúde da criança e do adolescente.

### PARTE III – SOBRE A REDE CEGONHA

Em 24 de junho de 2011, é instituída a Rede Cegonha (RC) por meio da Portaria nº 1.459 promulgada pelo Ministério da Saúde, a partir do Gabinete do ministro, que “resolve” (BRASIL, 2011a) que a política consiste em uma rede de cuidados voltada à mulher e à criança com o objetivo de promover o direito ao planejamento reprodutivo, ao nascimento seguro, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Embora tenha entrado em vigor legalmente somente em junho de 2011, foi em março do mesmo ano que a presidenta em exercício à época, Dilma Rousseff, anunciou em um evento promovido com essa finalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, o lançamento oficial do que chamou “um dos programas mais importantes da área da saúde” (ROUSSEFF, 2011a).

Inicialmente concebida como uma estratégia de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, o projeto da Rede Cegonha consistia em uma “linha de cuidados materno-infantil” a ser implantada somente em nove regiões metropolitanas do país (BRASIL, 2015b; CASTRO, 2012). Tal desenho da política correspondia a um propósito de conectar serviços de saúde já existentes que atendem a pré-natal, parto e pós-parto, em um diálogo com a política de Redes de Atenção à Saúde (CASTRO, 2012). No entanto, é ao longo do processo de elaboração da RC – discutido com maior profundidade a seguir – que a política inicialmente forjada para atuar pontualmente é redesenhada para operar em território nacional, passando a figurar, portanto, como uma política nacional de saúde voltada para mulheres.

Nessa seção analisaremos o documento oficial responsável por instituir juridicamente a Rede Cegonha no quadro de políticas públicas de saúde. Seguiremos os mesmos procedimentos metodológicos empreendidos na parte anterior, no estudo da PNAISM. De acordo com os objetivos de nossa pesquisa, abordaremos a Rede Cegonha a partir de dois eixos: o estudo do texto de seu documento; e o estudo da conjuntura em que a política foi formulada e lançada. No primeiro eixo buscaremos compreender o que o documento positivamente enuncia, considerando que o discurso de uma política opera por meio do uso e da articulação de conceitos com o intuito de produzir uma narrativa sobre a mulher.

Em seguida, no estudo da conjuntura nos dedicaremos a entrar em contato com o contexto social, político e histórico que possibilitou com que a Rede Cegonha fosse formulada e implantada. O ponto que dispara a investigação é a publicação da Portaria 1.459 em junho de 2011. No entanto, a fim de rastrear as condições que deram possibilidade a esse evento,

visitamos acontecimentos de 2010 e seguimos mais adiante, colhendo informações até 2015. O mapa que conta os percursos dessa investigação é elaborado com o desenho de três territórios comunicantes entre si: movimentos sociais; órgãos e atores institucionais do governo federal e a indução de pesquisas científicas.

No primeiro trecho percorrido, nos aproximamos dos diferentes papéis exercidos pela sociedade civil organizada no processo de elaboração da política, com foco voltado para os movimentos pela humanização do parto e nascimento e movimentos feministas. Em seguida, discutimos o envolvimento de atores institucionais do governo, seus setores e departamentos, na concepção, formulação, lançamento e divulgação da RC. Por fim, concluímos a análise dessa política com um levantamento acerca da relação tecida entre o meio acadêmico e órgãos de governo rumo a uma produção de conhecimento científico no âmbito das diretrizes da RC.

## **Capítulo 6 – Apagamento da noção de integralidade e focalização da política na “mulher-mãe”**

Embora a Rede Cegonha tenha seu marco jurídico constituído na Portaria nº 1.459, promulgada em junho de 2011, a política teve seu lançamento oficial em março do mesmo ano, onde, além de ser apresentada através do discurso presidencial em linhas gerais, a RC também foi promovida através de uma identidade visual. Nesse logo encomendado pelo governo se vê o desenho multicolorido de uma cegonha a voar com um bebê no bico, sendo este sustentado por uma fralda de pano estampado (BRASIL, 2013a). A cegonha é uma ave grande originária de partes da Europa, da Ásia e da África, e os primeiros relatos da vinculação de sua figura ao nascimento de bebês são antigos e vêm da Escandinávia e da Alemanha (CHAD; TAYLOR, 2016). No entanto, ainda de acordo com Rachel Chad e Marianne Taylor (2016), será somente através da obra literária de Hans Christian Andersen, a partir do século XIX, que a imagem de cegonhas colhendo bebês de lagoas, pântanos e nascentes para entregá-los às famílias humanas é popularizada para além desses países.

Nascido na Dinamarca, em 1805, Hans Christian Andersen dedicou-se a sistematizar e publicar contos, peças de teatro, canções, poemas e histórias voltadas, sobretudo, ao público infantil. Foi principalmente devido aos contos de fada que Andersen tornou-se reconhecido e popular ainda em vida. Contos de fada são narrativas curtas pertencentes ao folclore e à tradição oral, em geral, sem autoria ou data definidas. Trata-se de um gênero que tem suas origens ligadas às camadas populares da sociedade e traz em sua gramática uma característica distintiva: um repertório específico de personagens (a madrasta, o gigante, a princesa, etc.), de elementos (a maçã, o tapete mágico, o espelho, a chave, etc.) e de paisagens (a floresta, o castelo, a lagoa, o túnel, etc.) (WARNER, 2014).

Muitas das histórias de contos de fada publicadas por Andersen foram inspiradas no folclore nórdico e, portanto, retratam narrativas já familiares na cultura local, uma vez que pertencentes à tradição oral da cultura popular. Ainda que os livros sejam assinados por ele, Marina Warner (2014, p. 69) lembra que quando falamos de contos de fada, os autores apresentam-se como um ponto de conexão de uma tradição anônima, popular, informal e autêntica que os aproxima a um “mundo passado, onde os contos de fadas eram a literatura viva que todos conheciam”.

É no conto intitulado “As cegonhas” que Andersen (1953 [1839]) estabelece a conexão que duraria ainda séculos por vir entre a cegonha e o nascimento de crianças, para além do território germânico e nórdico. No conto, um casal de cegonhas constrói sobre o telhado da última casa da vila um ninho, onde vivem com seus quatro filhotes. O pai cegonha, de postura aristocrática, mantém-se vigilante e impassível guardando o ninho, enquanto a mãe cegonha permanece junto a seus filhos que são ainda pequenos. Do alto, a família cegonha observa as crianças humanas a brincar na rua até que, um garoto muito insolente passa a entoar uma canção zombeteira sobre as cegonhas. Os versos, que falavam sobre enforcar, assar, fritar e atirar nos filhotes das cegonhas, rapidamente ecoou entre as demais crianças até que todos estavam cantando, com exceção de um outro menino. Diante de tais ameaças, os filhotes das cegonhas se encontravam amedrontados e vulneráveis, cabendo à mãe cegonha a função de distraí-los e reassegurá-los sobre o futuro, contando histórias sobre a migração para outras terras mais agradáveis e quentes, com rios e florestas.

O tempo passou e os filhotes cresceram, aprenderam a voar e ganharam autonomia. E, no entanto, os garotos seguiram entoando a canção intimidadora. Diante disso, os filhotes que já haviam se tornado jovens cegonhas, resolvem se vingar das crianças pela atitude que tiveram. A mãe cegonha concorda em punir as crianças e propõe a seus filhos um plano. Há uma lagoa onde repousam adormecidos todos os bebês antes de integrarem as famílias humanas, sendo as cegonhas as responsáveis por transportar e entregar os bebês para os pais. Uma vez que “todos os pais e as mães desejam um bebê como aqueles” da lagoa (ANDERSEN, 1953 [1839]), e as crianças também se alegram com a chegada de novas irmãs e novos irmãos, cabe à família mostrar-se merecedora de um bebê.

A proposta da mãe cegonha era de que ela e seus filhos voassem até a lagoa e escolhessem um bebê saudável para presentear as famílias de cada criança que não participou da cantoria agressiva, com a intenção de oferecer uma recompensa pelo bom comportamento. Por outro lado, para a família do garoto desaforado que criou os versos que aterrorizaram os filhotes das cegonhas, seria concedido um bebê morto para que ele pudesse lamentá-lo. E assim foi feito. Desse modo, a punição e a vingança foram realizadas ao mesmo tempo em que a gratificação, através da manipulação de algo que é prerrogativa das cegonhas: a destinação de crianças. Esse elemento específico da narrativa é aquele que, ao ganhar popularidade e território, desloca-se da estrutura do conto de fada e conquista autonomia quando passa a ser uma das formas de os adultos explicarem às crianças a origem dos bebês.

O relato sobre o conto de Andersen (1953 [1839]) importa na medida em que é a esse imaginário que a política se conecta ao eleger para seu título e sua identidade visual a cegonha. Ambos são protagonizados pela figura da ave que, na logomarca da política, carrega o bebê, fazendo com que a mulher encontre-se ausente dessa cena. A narrativa sobre os bebês serem entregues por cegonhas exclui a mulher do processo e exclui também outro componente cujo papel na feitura de bebês é de alta relevância: o ato sexual. O que temos, portanto, é a promoção de um silenciamento sobre a sexualidade de mulheres e de seres humanos no geral, em conjunto a uma priorização da criança como a personagem principal do processo e, quiçá, da política.

O que é compreendido como uma desumanização do evento reprodutivo por Telia Negrão<sup>78</sup> (2011a) pode acabar por, ainda segundo a ativista, alijar as mulheres de seus direitos reprodutivos, pois quem estaria em posição de os reivindicar seria a própria cegonha. Clair Castilhos<sup>79</sup> (2011) também problematiza a imagem à qual a normativa se conecta e questiona se isso supõe que as cegonhas substituiriam as mulheres no ato de parir, acusando o discurso governamental de produzir a “infantilização das mulheres e do povo brasileiro”.

A referência à narrativa da cegonha no nascimento de crianças por parte da administração pública não é exclusividade da RC, uma vez que um programa municipal de saúde na capital do Rio de Janeiro foi lançado sob a alcunha de “Cegonha Carioca”. Oficialmente implementado a partir de março de 2011, o Cegonha Carioca foi formulado em 2010 com o objetivo de implantar medidas igualmente voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, porém em menor escala e abrangência em comparação à RC, e lançou mão da figura da cegonha como logomarca (MAIA, 2014). A título de informação, outros programas municipais equivalentes ao Cegonha Carioca elegeram a figura da mãe para sua apresentação, a saber: “Rede de Proteção à Mãe Paulistana”, da cidade de São Paulo e “Programa Mãe Curitibana”, da capital do Paraná.

De acordo com a jornalista, cientista política e ativista feminista Telia Negrão (2011a), durante a campanha presidencial em 2010, a candidata à eleição, Dilma Rousseff, em visita ao

---

<sup>78</sup> Telia Negrão formou-se em Comunicação Social/Jornalismo na Universidade Federal do Paraná, é pesquisadora associada do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre a Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e colaboradora do Programa de Equidade e Gênero da Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais. Reconhecida ativista no movimento feminista brasileiro, Telia Negrão já integrou o conselho diretor da Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

<sup>79</sup> Clair Castilhos graduou-se em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e atualmente é professora na Universidade Federal de Santa Catarina. Atuou na política partidária, foi eleita vereadora por duas vezes e participou da comissão de mulheres que representaram o Brasil na IV Conferência Mundial da Mulher em Beijing, no ano de 1995. Clair Castilhos também tem uma trajetória nos movimentos sociais feministas, ocupando cargos administrativos na Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Rio de Janeiro, conheceu o programa Cegonha Carioca e aprovou o nome em conjunto com sua equipe, especialmente os responsáveis pela área de *marketing*. Para Telia Negrão (2011a), tal acontecimento já trazia um indicativo da priorização da saúde materno-infantil, em detrimento da perspectiva da integralidade, nas ações de saúde voltadas às mulheres. Em entrevista a Layla Carvalho (2017), Simone Diniz percebe o título da nova política como um aceno favorável aos setores conversadores ligados, sobretudo, à Igreja Católica e a religiões neopentecostais, ao mesmo tempo em que produz um distanciamento do movimento feminista. Muitas críticas ao escopo da política como um todo e, especialmente, à imagem da cegonha no título sobrevieram, oriundas de ativistas feministas. Militantes, como Telia Negrão (2011a), Clair Castilhos (2011), Jurema Werneck (2012) e Fátima Oliveira (2012a), direcionaram suas problematizações tanto ao Ministério da Saúde, quanto à própria presidenta, uma vez que Dilma mostrou-se diretamente envolvida com a escolha da inserção da cegonha - seu nome, sua imagem e sua narrativa - na política.

Diante desse significativo movimento de desaprovação, houve quem buscasse defender a nova normativa e, igualmente, apoiar a presidenta em suas escolhas, como foi o caso de Ricardo Ceccim e Felipe Cavalcanti (2011). Imbuídos de uma missão pedagógica, os autores vêm a público no intuito de conscientizar as mulheres, sobretudo as feministas, sobre a gravidez e o parto, afirmando que são as mulheres sim, e não as cegonhas, as responsáveis por gestar e parir crianças. Ambos defendem que o título da política é didático e agregador, sendo que traz “uma designação forte, com forte conexão social, com visibilidade para qualquer dos atores sociais que ela está convocando a atuar: instituições de saúde e instituições sociais, profissionais de saúde, de portaria, de táxi ou de ônibus”, reunindo a todos em uma rede de “cuidados maternos” à mulher “na maternidade ou na hora do parto” (CECCIM, CAVALCANTI, 2011).

Em relação à presidenta, o texto acima citado entende que a trajetória militante, feminista e engajada de Dilma fala por si só e que a ausência do tema do aborto se faz a partir da necessidade de agir frente às precárias condições em que o parto é realizado no país. Para os autores, esses elementos caracterizariam o discurso da política como sendo de uma abordagem não-reducionista, afastada do materno-infantilismo, ou seja, de um modo diferente daquele levantado pelas críticas. Diante disso, eles convocam as mulheres a terem “ouvidos menos moralistas” para conseguirem entrar em contato com o que “de fato” a normativa propõe.

Os argumentos utilizados por Ricardo Ceccim e Felipe Cavalcanti (2011) na defesa da RC corroboram em grande parte os problemas apontados no discurso da política pelas críticas

feministas, uma vez que os autores falam em cuidados maternos, subordinam a discussão do aborto à da maternidade e do nascimento de crianças, e legitimam o uso da narrativa da cegonha sob a justificativa de alcançar todos os atores da sociedade (que não as mulheres). Outro ponto sensível no texto que também fora identificado pelas ativistas na formulação da RC é a exclusão das mulheres no processo de elaboração, ainda que o conteúdo (tanto do texto quanto da política) verse sobre elas. Se lembrarmos que a mudança do paradigma hegemônico sobre a mulher na sociedade constitui uma das pautas do movimento feminista - estando presente, inclusive, em documentos como a Plataforma Política Feminista -, podemos considerar que operar o discurso da política dentro desse paradigma pode vir a produzir mais um reforço do imaginário que subalterniza a mulher do que uma ruptura.

Após a passagem pelo título da política, interessa também debater o modo como o documento se apresenta, ou seja, seu formato enquanto uma portaria. Uma portaria é um ato administrativo que abarca um conteúdo desenvolvido por parte do titular de um órgão da Administração Pública, o qual estabelece normas para orientar o cumprimento de ordens legais e disciplinares. Uma vez que “encerra a manifestação da vontade do Estado” (CRETELLA JR., 1974, p. 450), a portaria tem valor irrefutável no campo jurídico das regulamentações do governo, voltando-se, tradicionalmente, à comunicação interna das instituições estatais. Nota-se também que, em geral, as portarias – e o caso da Rede Cegonha não foge a essa regra – são resoluções ministeriais que prescindem da assinatura do presidente da República, reforçando seu caráter específico e localizado (CRETELLA JR., 1974).

O direcionamento predominantemente interno das portarias não exclui a possibilidade de que seus efeitos causem impacto sobre a sociedade civil, pois no que se refere à Rede Cegonha, por exemplo, o documento trata sobre a organização de um serviço público de acesso universal. Porém, tal configuração de documento tampouco é reconhecida por ser aprofundada, explicativa e com uso de linguagem acessível, o que restringe sua assimilação por um público ampliado, ainda que seu acesso físico esteja disponível para além dos muros institucionais. O órgão responsável pela portaria da RC é o Ministério da Saúde e seu titular, o ministro<sup>80</sup>, sendo o documento assinado por este.

Dessa forma, a política em questão é publicada sob a tutela de um único gestor e ao longo do texto somente surgirá outra figura institucional no artigo de número 12 quando se postula que a RC ficará a cargo da Secretaria de Atenção à Saúde, ainda no âmbito do MS. Ou seja, além do ministro e do coordenador da Secretaria de Atenção à Saúde, não são incluídas

---

<sup>80</sup> O ministro da saúde à época do lançamento da portaria da Rede Cegonha era Alexandre Padilha. Médico com especialização em infectologia, Padilha ocupa o cargo de titular do MS no período de 2011 a 2014.



outras pessoas, setores ou órgãos como corresponsáveis pela política. Também não são citadas, em nenhum momento do texto, as parcerias para a formulação da política ou para sua implementação e avaliação, conferindo um aspecto mais centralizado à normativa, no qual não se identifica uma equipe como coautora do texto, tampouco transversalidade entre as pastas de governo.

A isolada assinatura do Ministério da Saúde, porém, não pode ser vista como uma demonstração de que só houve envolvimento do ministro e do secretário de Atenção à Saúde na produção da normativa. Jurema Werneck<sup>81</sup> (2012) relata a participação direta da presidenta Dilma Rousseff na formulação dos contornos da RC, inclusive na não inclusão de integrantes de movimentos feministas para discutir as características da proposta. Para a médica, pesquisadora e ativista pelo feminismo negro, tal contexto torna a RC uma “decisão de gabinete”, tendo como um dos efeitos a perda da “potência democrática” ao apartar do processo decisório uma parcela significativa do público diretamente envolvido na medida formulada (WERNECK, 2012). Ao mesmo tempo, a autora aponta que ao assumir a RC como uma de suas prioridades na agenda de governo, a presidenta faz com que a saúde da mulher ascenda na hierarquia governamental e ganhe destaque no debate nacional.

Por outro lado, o documento “Manual prático para a implementação da Rede Cegonha” (BRASIL, 2011b) destinado aos gestores da área da saúde nos estados e municípios, lançado pelo MS após a portaria nº 1.459, lista algumas parcerias com vistas a tornar possível a implementação da política. Entre elas, constam organismos diretamente vinculados ao Estado - como o Conselho Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; associações de classes profissionais – Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)<sup>82</sup>; “serviços pioneiros de saúde”; movimentos de mulheres; sociedade civil; e a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna).

Cabe destacar que, apesar de trazer novos elementos à cena, o Manual apenas nomeia atores destinados a participar da implementação da RC. Não há menção ao envolvimento de

---

<sup>81</sup> Jurema Werneck é formada em medicina, com atuação relevante em movimentos sociais engajados com a negritude, o feminismo e os direitos humanos. Fundadora da organização não-governamental Criola, de promoção dos direitos da mulher negra, Jurema Werneck integra também a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras. Além disso, é diretora da Anistia Internacional no Brasil desde 2017.

<sup>82</sup> A Abrasco foi renomeada “Associação Brasileira de Saúde Coletiva” em 2011. Optamos por manter no texto o formato citado pelo documento analisado.

parceiros na formulação ou na avaliação da política. Chamamos a atenção também para o fato de que, além dos médicos em geral, os profissionais elencados nesse documento são especialistas na área de ginecologia e obstetrícia, constituindo, ao todo, três núcleos profissionais: medicina, enfermagem e obstetrícia. Por fim, notamos que a única representante da sociedade civil organizada diretamente citada é a Rehuna e, considerando que teremos uma subseção para abordar a relação entre movimento social e a RC, discutiremos com delonga essa questão mais adiante.

Outro elemento significativo que se faz ausente do documento é o *status* jurídico da proposta política ali contida. Ou seja, não há definição objetiva se a portaria apresenta uma política nacional, uma estratégia, um programa, uma diretriz, etc. Durante o discurso de lançamento da Rede Cegonha em Belo Horizonte, em março de 2011, Dilma exalta as qualidades do “novo programa de saúde”, lançando mão desse termo para se referir à nova política (ROUSSEFF, 2011a). Da mesma forma procede o coordenador da Secretaria de Atenção à Saúde, Helvécio Magalhães, em uma participação na Rádio da TV Brasil, em maio de 2011: o coordenador utiliza o termo programa para se referir à RC. Por outro lado, no documento “Manual prático para a implementação da Rede Cegonha” (BRASIL, 2011b, p. 2), a Rede Cegonha é descrita como uma “Estratégia lançada pela presidenta Dilma Rousseff” cuja “iniciativa ambiciosa e pioneira” tem como objetivo reduzir óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país.

A omissão de um *status* jurídico da proposta confere à RC, de acordo com Télia Negrão (2011b), um caráter dúbio que torna nebulosa tanto sua localização no quadro dos diferentes níveis das políticas públicas, como seu lugar na estratégia de governo. Ainda segundo a pesquisadora, uma das conseqüências do silêncio sobre o *status* da RC é o desconhecimento do padrão orçamentário que corresponderia à política. Diante disso, podemos compreender que a indefinição da portaria, intencional ou não, tem como um de seus efeitos mais imediatos o obscurecimento de um aspecto fundamental da política, acarretando, por sua vez, em um empobrecimento da transparência por parte do organismo estatal.

Consideramos que, redigida em formato de uma portaria, a política é apresentada em linguajar jurídico com seu conteúdo organizado em artigos, parágrafos, incisos e alíneas. Ao todo são catorze artigos que versam sobre princípios e diretrizes, objetivos, operacionalização e orçamento. O início do documento dedica-se a elencar normativas que sustentariam a nova política proposta, sendo a lei orgânica do SUS, a primeira enunciada. Dentre os doze marcos normativos citados no preâmbulo, somente dois não se encaixam na categoria de legislações

ou resoluções: a taxa de mortalidade materna e infantil no Brasil e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os demais dividem-se entre leis, portarias e pactos cujo espectro, em sua maioria, gira em torno de questões referentes ao ciclo gravídico-puerperal e da saúde da criança na primeira infância<sup>83</sup>.

Os marcos nomeados pelo documento como uma introdução à apresentação da RC fazem ver que a enunciação de tais normativas cumpre também uma função de demonstrar a trajetória prévia do tema no arcabouço da saúde pública. Nesse sentido, a política não se apresenta sozinha e afirma uma relação com um conjunto específico de normativas. A correlação de normativas de diferentes categorias estabelece um campo no qual a política se insere, que é habitado por legislações nacionais, indicadores epidemiológicos, acordos internacionais e pactuações entre os âmbitos federal, estadual e municipal que tematizam, sobretudo, questões ligadas a gestação, parto e pós-parto.

Torna-se fundamental registrar que a PNAISM não integra o rol de normativas citadas no preâmbulo da RC. Entre diversos marcos elencados que tratam de temas reconhecidamente pertencentes à área de saúde da mulher, chama a atenção não se fazer presente a mais ampla política nacional lançada somente sete anos antes. Por meio desse ato, podemos concluir que a RC marca uma posição que se quer independente e desassociada em referência à PNAISM. Clair Castilhos (2011) e Télia Negrão (2011a) assinalam que nesse movimento, a RC não somente se afastaria da PNAISM enquanto um conjunto de medidas, mas também do princípio norteador da integralidade nas ações de saúde voltadas às mulheres.

Portanto, se a RC “parece substituir a PNAISM” (CASTILHOS, 2011), o que se está produzindo é, por consequência, uma cisão com o paradigma da integralidade, uma vez que a RC apresenta “apenas uma boa política materno-infantil, pura e simplesmente para as mulheres que desejam ter filhos. As que não querem e engravidam, porque não conseguiram planejar ou o planejamento falhou, não são atendidas por essa política” (NEGRÃO, 2011a). Além disso, ao identificar o esvaziamento da integralidade na RC - em comparação à experiência vivida na formulação da PNAISM e do PAISM -, as análises se referem tanto à ausência do paradigma da integralidade no texto da política, quanto a não-participação de setores dos movimentos feministas e de mulheres que estiveram diretamente envolvidos nos processos anteriores. Em outras palavras, o discurso expressado pelas ativistas revela uma crítica direcionada, simultaneamente, ao produto e ao processo representados pela RC.

---

<sup>83</sup> São eles: Lei nº 11.108/2005; Lei nº 11.634/2007; Portaria nº 569/GM/MS/2000; Portaria nº 2669/GM/MS/2009; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2009; Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal de 2009.

## 6.1. Princípios e diretrizes da Rede Cegonha

No compêndio elencado pela portaria, como já citamos, encontram-se mencionados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), especificamente os objetivos de número quatro e cinco. O objetivo quatro corresponde à redução da mortalidade infantil, com a meta de que, entre 1990 e 2015, as mortes de crianças menores de cinco anos de idade diminuam dois terços. Por outro lado, o objetivo cinco trata sobre a saúde materna, cuja meta é de, até 2015, reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna no país (ONU, 2015). Afirmar a consideração dos ODM, sobretudo, das duas metas destacadas, faz com que a política indique em seu horizonte a relevância das resoluções internacionais e se posicione, em alguma medida, como resposta a essa demanda. Levando em conta o conteúdo das metas mencionadas e o destaque dado, na mesma seção, aos indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil, podemos vislumbrar mais um reforço para o alinhamento entre a política e o cenário internacional.

Em momento imediatamente anterior ao primeiro artigo, a RC justifica-se a partir da “necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança” (BRASIL, 2011a). Entendendo tal consideração como um localizador do documento, no sentido de firmar um ponto de partida para o conteúdo que virá a seguir, notamos que são enunciados como prioridades a serem abordadas pela política, em primeiro lugar, eventos – gravidez, parto – e, em seguida, um sujeito: a criança. Optamos por usar o termo “evento” em referência a gravidez, parto, pós-parto, pois compreendemos que nesse caso não se trata de evocar patologias, tampouco procedimentos e também não sujeitos - ao menos não diretamente.

É notavelmente lógico que, ao se falar em gravidez, estamos também falando de sujeitos, uma vez que para se verificar uma gravidez é necessário que haja alguém gestante. No entanto, dada a tradição da medicina biomédica de compartimentalizar pessoas em órgãos e substâncias, é possível que seja operada uma dissociação entre o ser vivente e algum conjunto específico de células que este guarda consigo, fazendo com que o alvo das ações de atenção à saúde possa residir, por exemplo, na gestação. Tal questão representará, inclusive, como veremos nas discussões por vir, uma das críticas mais insistentes à RC pelos movimentos feministas.

Estamos falando sobre o que vai se firmando como o objeto das estratégias propostas pela RC. Até o presente momento, a mulher que emerge na apresentação dos antecedentes da política encontra-se necessariamente vinculada à gravidez e à maternidade. E mais, pois mesmo vinculada a esses eventos, a mulher do início da portaria é subentendida através da gestação, parto e mortalidade materna, já que não há menção direta a essa palavra e a esse sujeito - mulher. Vemos que a noção de gravidez está diretamente associada à de maternidade, compondo um cenário no qual a mulher é gestante - ou puérpera - e mãe, tornando esses termos e essas condições indissociáveis. A inclusão da figura da criança ou do recém-nascido na definição de mulher acaba por se impor, uma vez que questões relativas à segunda não aparecem sem menção à primeira. Ainda que o referencial para esse discurso na saúde resida, tradicionalmente, no que se convencionou chamar por materno-infantilismo, há que se registrar que em nenhum momento a portaria menciona o termo saúde materno-infantil.

O primeiro artigo dedica-se a definir a Rede Cegonha e afirma que se trata de 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, 2011a). Diferentemente da afirmação que conduz ao primeiro artigo, nesse momento o que vemos é o aparecimento de um novo sujeito, a mulher, acompanhada dos eventos já citados – gravidez, parto, puerpério – e, logo após, estão a criança e um evento relacionado a esta: o nascimento. A mulher apontada no artigo tem seu lugar na saúde diretamente relacionado ao planejamento reprodutivo e ao ciclo gravídico-puerperal.

A portaria também disserta sobre os princípios e diretrizes da RC. Os sete princípios da política são o tema do segundo artigo e encontram-se elencados na ordem a seguir:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (BRASIL, 2011a).

O conteúdo dos princípios não é desenvolvido neste artigo, tampouco em algum outro artigo ou documento ainda por vir, sendo somente evocados nesse único trecho. Nesse sentido, se os princípios de uma política pública são aqueles que guardam os compromissos éticos e políticos da mesma, identificamos uma fragilidade na fundamentação ética da RC,

pois não se apresenta a maneira como esses valores serão incorporados pelas medidas ali anunciadas. Talvez não sem motivo, portanto, esse é o único momento do documento em que os termos gênero, direitos humanos, equidade, direitos sexuais, direitos reprodutivos e diversidade cultural, étnica e racial são citados.

Além da ausência dos termos exatos no restante do corpo da política, também não encontramos nas medidas propostas a presença dos temas a eles referidos, por exemplo: a questão de raça e etnia, a perspectiva de gênero, os direitos sexuais das mulheres, entre outros. Cabe mencionar que tampouco no discurso da presidenta no lançamento oficial da RC (ROUSSEFF, 2011a) esses termos foram mencionados ou discutidos. Diante desse quadro, podemos concluir que há um enfraquecimento do arcabouço de valores éticos da política em nome de uma ênfase nos componentes ditos técnicos.

O terceiro artigo volta-se para os três objetivos da política apresentada: incentivar a implementação de novo modelo de assistência à saúde da mulher e da criança com foco na atenção a parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a dois anos; assegurar acesso, acolhimento e resolutividade através da organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, principalmente a mortalidade neonatal. A partir do exposto, destaca-se a ênfase da política, sobretudo, nos eventos do parto e do nascimento com atenção às mortes de crianças recém-nascidas. Vale também apontar a menção ao que é chamado de “novo modelo de assistência à saúde da mulher e da criança”, que é retomado na descrição da operacionalização da política.

Embora a discussão mais aprofundada sobre esse ponto se apresente mais adiante, no estudo da conjuntura da RC, faz-se necessário abordar, ainda que brevemente, de que se trata o modelo da humanização do parto e do nascimento, pois ele ocupa o lugar de primeiro objetivo da política e também se faz presente nas fases de operacionalização. Além de não caracterizar o modelo “anterior” ou “antigo” ao qual o “novo” se contrapõe, o documento tampouco delinea no que consiste a nova forma de assistir à saúde da mulher e da criança. Porém, encontramos um pouco mais de detalhamento no “Manual prático para a implementação da Rede Cegonha” (BRASIL, 2011b), segundo o qual o novo modelo citado pela portaria tem suas origens na experiência de profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, parteiras, gestores -, pesquisadores, acadêmicos, gestantes e ativistas. A humanização do parto e do nascimento é a principal meta da proposta, de forma que se possa viver “a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza” (BRASIL, 2011b, p. 3).

O movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento (MHP) defende a compreensão dos eventos gravidez, parto e nascimento como um ciclo, um processo “natural e fisiológico” cujos cuidados devem ter fundamentação científica a fim de combater as intervenções desnecessárias por parte de profissionais de saúde (RATTNER *et. al.*, 2010). Organizado a partir da década de 1990, o movimento ao mesmo tempo em que problematizava questões como as altas taxas de cesáreas e “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva” (REHUNA, 1993), construía uma série de proposições que passariam a compor o novo “modelo de atenção a partos e nascimentos”.

Diante disso, entendemos que o “novo modelo” ao qual a política se refere é o da humanização do parto e nascimento que se vincula também a um movimento social brasileiro responsável por questionar o modelo obstétrico hegemônico (CARNEIRO, 2013). Ao incluir entre seus objetivos o novo modelo de atenção, a política incorpora, portanto, a reivindicação de um movimento social e afirma que não se trata apenas de alcançar metas como a redução das taxas de mortalidade ou o aumento de consultas no pré-natal, mas sim de pautar a transformação da lógica do cuidado. Outros elementos presentes nas bandeiras do movimento também se encontram no texto da RC, entre os quais: casas de parto, acompanhante durante o parto e práticas baseadas em evidências científicas.

Tal configuração da política pode ser compreendida como um dos efeitos produzidos pela aproximação entre o ideário do MHP e setores da administração governamental, possibilitando que conceitos e propostas fossem incorporados no desenho da portaria. Sobre isso, o texto do Manual (BRASIL, 2011b, p. 3) afirma que a Rede Cegonha “sistematiza e institucionaliza” o modelo de atenção ao parto e nascimento construído pelo movimento. No entanto, em face de tamanha empreitada, vemos que a portaria não se dispõe a aprofundar a questão, seja na definição e na crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento, seja nas proposições e na contextualização do novo modelo. A abordagem ampliada do documento direcionado aos gestores, pelo contrário, esforça-se em apresentar as origens do novo modelo e os possíveis ganhos de sua adoção comparando-o ao modelo obstétrico hegemônico, tanto em termos científicos, de acordo com pesquisas e convenções internacionais, quanto no que se refere ao princípio da humanização.

O modelo a ser implantado através das medidas contidas na portaria sequer é nomeado por esta como o “modelo de humanização do parto e nascimento”, uma vez que os termos utilizados são: “novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos

vinte e quatro meses”; e “novo modelo de atenção ao parto e nascimento” (BRASIL, 2011a). Através do diálogo com o Manual (BRASIL, 2011b) e da análise da discussão à época sobre o modelo de atenção ao parto e nascimento (RATTNER *et al.*, 2010; DINIZ, 2011; CARNEIRO, 2013), podemos concluir que é a esse referencial que a portaria se remete. No entanto, ao não apresentar os termos oficiais com os quais esse movimento tem trabalhado, notamos uma imprecisão da política que pode produzir efeitos de dubiedade em sua leitura. Colaborando para a obscuridade daquilo que trata a discussão sobre a nova forma de se fazer a assistência, está também o silêncio no texto sobre o modelo hegemônico, conhecido como “modelo tecnocrático de assistência ao parto”<sup>84</sup>, ou seja, o modelo a ser abandonado.

No jogo de aproximações e distanciamentos operado na trama do documento, não se vê um posicionamento forte e efetivo do Estado comprometido com a consolidação de tal debate. Ao analisarmos esse ponto à luz do terceiro objetivo da RC, cujo conteúdo versa sobre a redução da mortalidade materna e neonatal, inferimos que há um atravessamento de forças nas entrelinhas da portaria entre o discurso sobre o modelo de atenção ao parto e ao nascimento e a urgência em atingir as metas estatísticas. Não acreditamos que o modelo de humanização da atenção ao parto e ao nascimento e a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal se oponham por natureza. Porém, a partir da forma com a qual o documento da RC vai se apresentando, nos parece haver uma diferenciação na qualidade e na ênfase do discurso investido em cada um desses elementos.

Ainda sobre os objetivos, constatamos que o segundo, responsável por conter a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade através da organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, faz referência ao modelo de organização conhecido por Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>85</sup>, lançado no ano anterior, em 2010. O diálogo com o conceito da RAS permeia todo o documento, não somente os objetivos, manifestando-se desde o uso do termo “rede” na nomenclatura da política, até a descrição das fases de operacionalização. Se a implantação de um novo modelo de assistência é o que compõe o primeiro objetivo, no segundo o que vemos é a lógica pela qual se espera atingi-lo.

Por fim, o terceiro objetivo do documento menciona a redução da mortalidade materna e infantil, destacando o componente neonatal. Na seção anterior, sobre a PNAISM, já discutimos o termo mortalidade materna e levantamos algumas das implicações que seu uso

---

<sup>84</sup> O conceito de “modelo tecnocrático de atenção ao parto” foi desenvolvido por Robbie Davis-Floyd (1994) e será mais discutido na subseção sobre a participação dos movimentos sociais na produção da Rede Cegonha.

<sup>85</sup> As RAS são diretrizes para o funcionamento de ações e serviços de saúde que, a fim de garantir o cuidado integral à saúde, articulam sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010c).



apresenta. No que diz respeito à Rede Cegonha, entendendo que a política volta-se especificamente ao ciclo gravídico-puerperal, o uso do termo parece reafirmar seu direcionamento e o sujeito alvo de suas ações. Além disso, o impacto nas taxas de mortalidade materna e infantil integra também as metas dos ODM, já citadas no preâmbulo do documento e agora presentes também nos seus objetivos, demarcando para si um lugar de alta relevância no discurso da RC.

A presença da meta pela redução da mortalidade materna e infantil em uma política pública de saúde não é inaugurada pela portaria de 2011, pelo contrário, uma vez que outras normativas já apresentaram anteriormente essa determinação. Entre elas, citamos a própria PNAISM, de 2004; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004; a regulamentação da vigilância do óbito materno através de duas portarias em 2004 e 2008 (Portaria GM/MS nº 1.172 de 2004 e Portaria GM/MS nº 1.119 de 2008); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, de 2009; Pactos pela Saúde, no âmbito dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, de 2006, nos quais as prioridades operacionais incluem a redução da mortalidade materna e infantil. Portanto, contando com a Rede Cegonha, temos sete normativas abarcando uma mesma problemática dentro de um período de oito anos.

No conjunto acima elencado, notamos um percurso em comum no qual uma parte do discurso sobre mortalidade materna e atenção ao pré-natal, parto e puerpério se reproduz, manifestando, entre outras coisas, a importância do enfrentamento do alto índice de mortes ligadas ao parto e nascimento, a necessidade da incorporação de medidas nos serviços de saúde de forma a qualificar a assistência e o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. No que se refere a esse último ponto, um dos documentos citados, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, traz em sua capa a ilustração oficial dos ODM (BRASIL, 2010b), materializando a influência desse compromisso internacional na formulação da política pública.

Cabe destacar também a presença de elementos centrais para o texto da Rede Cegonha nas outras normativas progressivas apresentadas, entre os quais se encontram a relevância da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a diretriz da humanização para os serviços de atenção ao pré-natal e ao parto, metas para a diminuição da mortalidade materna e infantil, a regionalização do sistema de saúde, a articulação entre as três esferas de governo, o direito a acompanhante no parto e o acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011a). O constante reaparecimento desses elementos em

regulamentações e normativas ao longo dos anos 2000 aponta para o seu não esgotamento na agenda governamental, podendo operar como um analisador da força e da prevalência que tais questões exercem no cenário nacional.

A reincidência no tema do ciclo gravídico-puerperal representada pela RC é vista, por algumas ativistas feministas, como um desserviço à saúde de gestantes, uma vez que normativas anteriores, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004c), já tratavam sobre o assunto. Por outro lado, outras perspectivas mais identificadas com o MHP vão reconhecer na RC um elemento original e valioso: a proposta de mudança do modelo de atenção (CARVALHO, 2017).

Diante disso, considerando os três objetivos, o que temos em resumo é: em primeiro lugar, a proposição de um novo modelo de atenção ao ciclo gravídico-puerperal no sistema público de saúde em um aceno ao movimento social pela humanização do parto e nascimento; em segundo lugar, o alinhamento com outra normativa recém-lançada à época, a RAS; e, por último, a referência a um reconhecido problema de saúde pública nacional (mortalidade materna e neonatal) que também constitui parte integrante de uma agenda internacional de desenvolvimento social e econômico, os ODM.

As diretrizes para a implementação da RC estão dispostas no quarto artigo e também fazem referência ao modelo de organização das RAS. Com o objetivo de que as medidas previstas pela RC sejam realizadas de maneira continuada nos diferentes pontos de atenção à “saúde materna e infantil” (BRASIL, 2011a), o modelo das RAS é evocado de forma a sustentar a orientação da nova política. Apresentamos as cinco diretrizes da RC:

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2011a).

As orientações para a implementação da Rede Cegonha destacam, principalmente, eventos e procedimentos relacionados à pessoa gestante, incluem a criança como sujeito de direito ao acesso a cuidados em saúde e uma diretriz especificamente voltada ao planejamento reprodutivo. Diante disso, entendemos que em relação aos cuidados com a mulher, as diretrizes trazem tanto o enfoque em eventos e procedimentos, quanto a menção às boas práticas em atenção ao parto, cujo conteúdo defende o protagonismo e a autonomia da

mulher. O lugar reservado ao planejamento reprodutivo também merece ser comentado, pois na medida em que o planejamento restringe-se a abordar questões relativas a concepção e, em menor grau, a contracepção, a menção anterior a direitos sexuais e reprodutivos não parece reverberar de modo amplo no desenho da operacionalização da política.

A terceira diretriz para a organização da RC evoca as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, fazendo referência ao guia de recomendações lançado pela OMS, a partir de uma conferência em 1985, intitulado “Appropriate technology for birth” (Tecnologias apropriadas para o parto, em tradução livre). A conferência organizada pela OMS em conjunto com a OPAS, reuniu na cidade de Fortaleza mais de 50 participantes entre parteiras, pediatras, sociólogos, epidemiologistas, obstetras, psicólogos, gestores, economistas e mães com o intuito de avaliar o conhecimento sobre práticas de atenção ao parto e produzir um documento com recomendações consideradas relevantes para todos os serviços de saúde perinatal ao redor do mundo.

O documento defende que o parto é um “processo natural e normal” (OMS, 1985, p. 436), no qual a mulher exerce papel central desde o planejamento e a execução, até a avaliação do cuidado prestado. O guia inclui também orientações acerca de organização dos sistemas de saúde nacionais – públicos ou privados -, treinamento e qualificação dos profissionais de saúde, presença de acompanhante durante o parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, incentivo à produção de conhecimento científico sobre o tema, entre outras.

No artigo quinto, afirma-se que a implementação da RC em todo o país deve ser paulatina e observar critérios epidemiológicos, quais sejam: taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. Considerando o disposto no preâmbulo do documento sobre os indicadores de mortalidade materna e infantil em conjunto com o conteúdo do quinto artigo, notamos que a política esforça-se por se aproximar de determinados parâmetros estatísticos de saúde, buscando se aliar a evidências científicas e a conceitos demográficos na fundamentação de suas propostas. Os indicadores aí citados são parâmetros reconhecidos internacionalmente na avaliação da assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto, e também na avaliação de contextos mais amplos, como a situação socioeconômica de um país, por exemplo.

O artigo sexto, por sua vez, nomeia e descreve os quatro componentes da RC: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico - transporte sanitário e regulação. Funcionando como eixos organizativos da política, os componentes destacam as principais frentes de trabalho, nomeando uma série de ações que

enfocam eventos e procedimentos – sobretudo, relacionados a pré-natal, parto, nascimento - e um sujeito alvo de cuidados integrais de saúde: a criança.

No componente “parto e nascimento”, a portaria faz referência ao documento da OMS publicado em 1996 com instruções voltadas para a atenção ao parto que, de acordo com a própria portaria, chama-se “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Também no Manual para gestores (BRASIL, 2011b) tal documento encontra-se mencionado, inclusive com a citação de trechos inteiros, com o objetivo de que as recomendações possam ser incorporadas pela rede de serviços. Porém, o que notamos é que há uma confusão presente tanto na portaria, quanto no Manual, em relação à referência do documento da OMS, pois apesar da menção ao texto “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, os textos parecem estar evocando o documento de 1996, intitulado “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”<sup>86</sup>. As únicas referências bibliográficas utilizadas pela portaria são os dois documentos da OMS, pois não há registro de outras obras, tais como produções acadêmicas ou científicas.

O artigo de número oito versa sobre as fases de operacionalização da política. A primeira é chamada de adesão e diagnóstico e corresponde à apresentação da RC nos estados e municípios, seguida da avaliação da situação de saúde do território, a partir de uma matriz composta por quatro grupos de indicadores. A segunda fase é voltada para o desenho regional da RC a ser realizado e pactuado em consonância com análises da situação de saúde da mulher e da criança. Inclui também a elaboração do Plano de Ação Regional com a programação da “atenção integral à saúde materna e infantil” e a proposta do Fórum Rede Cegonha com o intuito de fortalecer o “novo modelo de atenção ao parto e nascimento” com participação popular. A fase três diz respeito à contratualização pelas três esferas dos pontos de atenção da RC nos municípios. Por fim, a quarta e a quinta fases tratam, respectivamente, de qualificar os componentes e de certificar anualmente os gestores que cumprirem os requisitos acordados.

O artigo nono aborda o papel de cada ente federativo na implementação da RC e os artigos de número dez, onze e treze detalham o financiamento das ações previstas. Os

---

<sup>86</sup> Publicado em 1996 com o intuito de orientar as ações envolvidas no parto, o guia contém orientações subdivididas em quatro categorias de práticas: comprovadamente úteis e que devem ser incentivadas; demonstradamente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser abandonadas; sem comprovação e que devem ser realizadas com cautela; inadequadamente utilizadas. Construído com base em evidências científicas, o guia defende que a adoção desse paradigma na rotina dos serviços de saúde tem impacto direto na diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal. Ambos os documentos da OMS tematizam a atenção ao parto e nascimento e se propõem a fomentar uma revisão das práticas a partir da inclusão da gestante como protagonista no processo do parto e, sobretudo, do suporte na racionalidade científica para as ações performadas por profissionais de saúde.

recursos financeiros elencados são direcionados em função dos quatro componentes da política, com primazia para o que aborda o pré-natal e aquele que trata sobre parto e nascimento (BRASIL, 2011a). O custeio das ações segue critérios como quantidade de gestantes na localidade e realização de exames pelas gestantes em tempo oportuno. A portaria cita também a alocação de verbas em melhorias estruturais e de equipamento nos serviços de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, maternidades e leitos de internação hospitalar.

Ao longo dos artigos e parágrafos ocupados em lidar com a questão financeira, não há registrado nenhum recurso específico para ações citadas no início do documento como parte integrante do escopo da política, por exemplo: planejamento reprodutivo, saúde sexual ou educação em saúde sexual e reprodutiva.

Em resumo, o estudo do documento nos permitiu entrar em contato com a relação entre as proposições da Rede Cegonha e o formato oficial de portaria escolhido para sua apresentação. Alguns dos efeitos causados por essa plataforma de publicação, como a linguagem jurídica, a brevidade do texto e o não aprofundamento em bases teóricas, puderam ser identificados e analisados. Ao mesmo tempo o estudo mostrou que a portaria 1.459 alude a um debate que se mostra rico em conexões com perspectivas teóricas e movimentos sociais, embora a discussão dos referenciais na política seja pobre. Ganhou destaque o uso dos termos “humanização” e “novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança”. Nesse sentido, podemos entender que a RC se inscreve em um campo em disputa no qual está em jogo o paradigma que organiza as práticas de atenção ao parto e nascimento.

Ainda que nos primeiros artigos da RC constem princípios ligados à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, ao enfoque de gênero, raça e etnia, além da diretriz de ações voltadas para planejamento familiar, o restante do documento concentra os esforços em gestação, parto e nascimento. Tal configuração encontra ressonância com as políticas e acordos mencionados no preâmbulo da portaria, onde se localiza também a referência aos ODM, registrando o discurso das agências internacionais no escopo da RC. Por fim, vale registrar a ausência de qualquer citação à PNAISM e ao PAISM.

## **Capítulo 7 - Humanização do parto e nascimento: disputas em torno de um novo modelo de atenção à saúde**

Os acontecimentos envolvidos na produção da Rede Cegonha não se acham circunscritos somente no período de 2011, quando essa política pública foi desenhada, publicada e promovida. O caminhar da pesquisa nos conduziu a encontrar com eventos, atores e relatos que se passam antes de 2011 e depois também, de modo que nos fosse possível traçar o mapa da dinâmica histórica, social e política que tornou possível a feitura da portaria 1.459. Isso pois, a portaria não foi a única plataforma de lançamento da RC, uma vez que antes mesmo de sua edição, aconteceram ao menos dois grandes eventos oficiais para apresentá-la e promovê-la.

Sobre o primeiro, o lançamento oficial da RC pela presidenta Dilma Rousseff, em março de 2011, na cidade de Belo Horizonte, já discutimos no estudo do documento. O segundo consiste no “Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha - Cada Mulher e Cada Criança Contam”, organizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS e realizado em Brasília, de 18 a 19 de abril de 2011. Na discussão que virá adiante sobre esse e outros eventos, não nos interessa tanto detalhar a programação ou os produtos dos encontros, mas, principalmente identificar atores institucionais do governo e seus discursos, a presença de representantes da sociedade civil organizada e pistas acerca da aproximação entre academia e Estado no âmbito da RC.

No decorrer deste capítulo, abordaremos a relação entre movimentos sociais e o processo de formulação da RC, com destaque ao papel desempenhado em articulação com o Ministério da Saúde pelo movimento a favor da humanização do parto e nascimento, sobretudo a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna). Por outro lado, uma vez que integrantes de movimentos feministas buscaram se fazer presentes nesse processo, por meio de reivindicações, críticas e denúncias, nos encontraremos com o debate produzido por essas ativistas.

Em seguida, nossa atenção será voltada para a dinâmica da estrutura institucional de governo, ao conhecer atores localizados em cargos de chefia da Área Técnica de Saúde da Mulher, da Secretaria de Atenção à Saúde e do próprio Ministério da Saúde. Analisar brevemente a implicação direta da presidenta Dilma Rousseff também está no roteiro desse percurso e por ele alcançaremos controvérsias que remontam à campanha eleitoral de 2010. Por fim, nossa investigação se debruça sobre a intersecção entre o meio acadêmico e órgãos

de governo com a intenção de perscrutar os termos nos quais a produção de conhecimento científico em articulação com objetivos e diretrizes da RC se deu.

### **7.1. A participação popular reduzida ao controle social**

A participação social no âmbito da Rede Cegonha é mencionada diretamente na portaria nº 1.459 de 2011, no conjunto de princípios da política, descrita da seguinte forma: “participação e mobilização social” (BRASIL, 2011a). Mais adiante, na definição da “fase dois” do desenho regional da RC na seção sobre sua operacionalização, fala-se em estimular regionalmente a construção de Fóruns da Rede Cegonha com o objetivo de instituir “espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento” (BRASIL, 2011a).

No Manual prático para implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), o envolvimento da população com a política é situado dentro da variada gama de parcerias com as quais o MS conta para apoio e suporte. Incluídos entre os colaboradores para a efetivação da política e da mudança de paradigma - empreendimento para o qual são convocados também gestores municipais e estaduais, profissionais de saúde – são citados no âmbito da sociedade civil, em primeiro lugar, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) e, em segundo e último lugar, os movimentos de mulheres.

Sendo assim, no que diz respeito ao registro documental oficial sobre a participação popular na RC, vemos que o discurso aproxima o envolvimento de movimentos sociais à execução da política, sobretudo no que se refere ao esforço para a implementação do “novo paradigma” de atenção ao parto e nascimento. Não há referência sobre a participação popular no processo de formulação da RC, tampouco diretriz reservando assento para os movimentos sociais em espaços deliberativos das ações da política, configurando um convite que parece tender mais ao exercício específico do controle social do que à ampla participação popular.

A participação popular no registro específico do controle social parece ser a tônica dos atores envolvidos com a elaboração da política. A exemplo, citamos Dario Pasche (diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde à época do lançamento da RC), cujo entendimento é de que a participação social está incluída na atenção balizada pelas boas práticas que considera os direitos humanos: “assisti-la e acompanhá-la é fomentar a participação direta da mulher” (PASCHE, 2014, p. 451). Além disso, para o

diretor, mecanismos institucionais, como CISMU, ouvidorias, e o comitê nacional de mobilização da RC também contemplariam as necessidades de inclusão da população.

Diante desse quadro, podemos compreender a RC como uma política que teve sua formulação centralizada no âmbito do MS, com atores institucionais do órgão governamental. No entanto, isso não quer dizer que não houve interlocução com movimentos sociais na confecção da RC. O próprio Manual (BRASIL, 2011b) nos fornece pistas ao nomear especificamente a Rehuna como um dos parceiros do MS. Além disso, como falaremos mais adiante, integrantes da Secretaria de Atenção à Saúde compunham esse coletivo, fazendo borrar a fronteira entre Estado e sociedade civil. Portanto, nessa subseção começamos por conhecer o MHP e a Rehuna, como uma de suas grandes representantes, de modo a compreender as conexões entre esse movimento e a formulação da RC. Em seguida, abordaremos mais brevemente os movimentos de mulheres e feministas no contexto da elaboração e da apresentação da RC, uma vez que se fizeram presentes nesse processo, ainda que marginalmente.

### **7.1.1. Estreitamento do enfoque de política de saúde da mulher e a priorização do ciclo gravídico-puerperal**

A partir da década de 1990, começa a ganhar contornos formais no Brasil um movimento social para promover mudanças na assistência ao parto e ao nascimento no sentido de priorizar tecnologias apropriadas, qualificar a interação entre parturiente e profissionais de saúde e assegurar o bem estar de mulheres gestantes e de crianças (DINIZ *et. al.*, 2018). Nas questões a serem enfrentadas com urgência estava, sobretudo, o modelo hegemônico de atenção ao parto, compreendido como tecnocrático por conferir primazia à tecnologia de insumos e estrutura<sup>87</sup> em detrimento à dimensão relacional, baseado em uma “suposta neutralidade de valores” (DINIZ, 2005, p. 629). Tal configuração foi reconhecida como responsável por transformar o parto em um evento médico-cirúrgico, no qual o risco exercia papel fundamental de forma a consolidar o ambiente hospitalar como o espaço de excelência e

---

<sup>87</sup> Diversos textos que tratam sobre a humanização do parto e nascimento fazem múltiplos usos do termo “tecnologia” (DINIZ, 2009, 2011; ANDRADE, LIMA, 2014; FIGUEIREDO, LANSKY, 2014; GRAMACHO, SILVA, 2014; REIS, MELO E SILVA, 2014). Elencamos dois principais: o primeiro alude ao conjunto material de recursos, como equipamentos, estrutura, medicamentos e insumos. O segundo uso é feito a partir de um diálogo com o conceito cunhado por Emerson Merhy (2002) de “tecnologias da saúde”, cuja definição propõe três categorias de tecnologias: duras (exames, instrumentos), leve-duras (saberes como a clínica e a epidemiologia) e leves (escuta, vínculo).



o profissional médico como aquele mais autorizado a performar a assistência e, portanto, conduzir o parto (DINIZ, 2011).

O problema do protagonismo no parto será visto, dessa forma, como uma das frentes de luta para o movimento. De acordo com Simone Diniz (2011), nesse cenário parte-se do pressuposto de que a mulher é dependente da tecnologia de equipamentos e estrutura para realizar o parto, de modo que ao médico caiba o exercício de controle e manipulação do processo. Além da posição coadjuvante conferida à mulher gestante, uma vez submetida a uma série de protocolos que não necessariamente consideram seu potencial de ação ou seu bem estar (RATTNER *et. al.*, 2014), questiona-se também a medicalização e patologização de um evento no qual, em grande parte dos casos, tem-se “mulheres e crianças supostamente saudáveis” (DINIZ, 2001, p. 1).

Tal configuração hegemônica da atenção ao parto passa, portanto, a ser mais direta e formalmente problematizada pela sociedade civil desde os anos de 1990, sob a denúncia de que o modelo em vigor não só não era seguro, mas era em si mesmo um risco à saúde e à integridade física de mulheres e crianças (DINIZ, 2001). Reunidos sob a denominação de movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento, esses grupos organizaram a crítica ao modelo vigente a partir de dois principais argumentos: trata-se de um modelo tecnocrático, com alto investimento em infraestrutura e com baixo impacto nos indicadores de saúde (devido às altas taxas de cesarianas e de morbimortalidade materna); e pela presença sistemática de violência institucional praticada contra as mulheres no processo de parto e pós-parto (DINIZ, 2001; RATTNER *et. al.*, 2014).

O fortalecimento de grupos advindos da sociedade civil com o intuito de problematizar a compreensão do parto e as práticas assistenciais a ele dedicadas não foi um fenômeno restrito ao território nacional. Simone Diniz (2005) narra a emergência de experiências comprometidas com essa pauta desde os anos de 1950 no continente europeu, ainda que sob outras denominações. No Brasil, iniciativas pontuais promovidas por profissionais ou por serviços de saúde também são vistas antes de 1990<sup>88</sup>, no entanto, será somente a partir dessa década que uma ação coletiva sistemática e organizada passará a se manifestar.

Embora tendo sido adotado oficialmente em uma política pública de saúde somente em 2000, o termo humanização torna-se a principal escolha para a bandeira dos movimentos sociais envolvidos com as questões do parto e do nascimento, sobretudo na América Latina

---

<sup>88</sup> Simone Diniz (2005) e Daphne Rattner (2009) elencam algumas experiências: Galba de Araújo, no Ceará; Moisés Paciornick e Cláudio Paciornick, no Paraná; Hospital Pio X, em Goiás; e o Grupo de Parto Alternativo na Universidade Estadual de Campinas.

(RATTNER, 2009). No Brasil, de acordo com Simone Diniz (2005), humanização adquire uma rica polissemia quando articulada ao debate sobre as práticas de saúde em torno do parto e nascimento, uma vez que os atores apresentam perspectivas distintas desde os lugares que ocupam no debate. Sendo assim, os diferentes usos e apropriações do termo revelam também a agenda de luta dos movimentos sociais, onde

pelo menos na interpretação dos ativistas, a *humanização*, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritas nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. (DINIZ, 2005).

A crítica ao modelo de assistência baseia-se, entre outras coisas, na opressão e violência causadas a gestantes e crianças e compõe um esforço de conferir visibilidade ao que é chamado de “currículo oculto” na formação de profissionais de saúde (RATTNER, 2009). Trata-se dos conteúdos não formalmente inscritos no rol de disciplinas, mas ainda assim presentes na rotina de estudantes quando interagem com professores e supervisores, nos estágios e nas residências profissionais. É nesse contexto que as autoras (RATTNER, 2009; DINIZ, 2005) identificam a proliferação de conteúdos sem embasamento científico, comprometidos com a sujeição da mulher e de seu corpo à autoridade sanitária. Em outras palavras, os movimentos denunciavam que o modelo hegemônico brasileiro “era desenhado de modo a contemplar as necessidades das instituições e dos profissionais, ao invés daquelas relativas à dimensão biopsicossocial das mulheres” (DINIZ *et. al.*, 2018, p. 20)<sup>89</sup>. O enfrentamento das práticas médicas acompanhado da denúncia do exercício da violência por parte delas são marcas relevantes do MHP desde seus primeiros passos, indicando o caráter combativo de sua agenda.

Em 1993, durante um encontro organizado pelo Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas, no estado de São Paulo, foi concebida a Rede pela Humanização do Parto no Brasil (Rehuna), com a participação de profissionais de saúde de diferentes categorias – enfermagem, medicina, obstetrícia, parteiras -, usuários e gestores de serviços de saúde, formuladores de políticas, pesquisadores e acadêmicos (DINIZ, 2009; RATTNER, 2009). Em seu documento de fundação, a Carta de Campinas (REHUNA, 1993), encontra-se uma série de denúncias, relatando a violência e o constrangimento com os quais a atenção ao parto e nascimento é operada, o alto índice de cesárias e a excessiva medicalização do parto. Os objetivos declarados são cinco: publicizar os riscos para a saúde de práticas

---

<sup>89</sup>Tradução livre de: “designed to meet providers’ and institutions’ needs, rather than women’s bio-psychosocial needs”.

intervencionistas; “resgatar” o nascimento como evento existencial e sócio-cultural; humanizar o parto e o nascimento; apoiar a reapropriação das mulheres sobre seus corpos e partos; recuperar práticas humanizadas tradicionais de atenção ao parto em consonância com o “conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado”.

No mesmo documento, a Rehuna (1993) propunha algumas estratégias para fazer avançar sua missão, entre elas: apoiar a implementação efetiva do PAISM, por meio do aprofundamento dos componentes relativos à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério; o estímulo a iniciativas de humanização, no setor público e no privado; a incorporação e a promoção das recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada para a atenção ao parto; e educação em saúde para mulheres sobre sexualidade, nascimento e direitos reprodutivos.

A Rehuna se ocupou com a divulgação da cartilha da OMS (1985), bem como com a organização, produção e publicação de conteúdos, debates e eventos versando sobre as práticas de atenção ao parto e nascimento (RATTNER, 2009). Através dessa atuação, a Rehuna se fez presente nacional e internacionalmente, integrando, inclusive a fundação da Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan), em 2000, cujos objetivos ecoavam a agenda do movimento brasileiro.

A Rehuna é vista, desde então, como um dos movimentos da sociedade civil mais influentes no campo da humanização do parto e nascimento, onde convive com uma diversidade de grupos, como Parto do Princípio, Grupo de Apoio a Maternidade Ativa, Parto Ativo Brasil, Parto Natural, Samaúma, entre outros (DINIZ *et. al.*, 2018; GONÇALVES *et. al.*, 2014). Estimulada pela experiência de grupos feministas e do movimento da reforma sanitária, a entidade desenvolve uma atuação comprometida com a mudança do modelo assistencial através da aproximação de órgãos governamentais com intenção de intervir na formulação de políticas; de parlamentares, no exercício da influência política; de instituições de ensino, debatendo o currículo e produzindo conhecimento científico; e da mídia para divulgação de conteúdo.

A afirmação dessa agenda desempenha um papel central no movimento, uma vez que já no termo de adesão à Rehuna consta como requisito, por exemplo, o compromisso com a defesa dos paradigmas relacionados às boas práticas na atenção ao parto (DINIZ, 2005). Isso pois, se propõe a fortalecer seus objetivos incorporando-os “na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupados com a melhoria da qualidade de vida, bem estar e bem nascer” (RATTNER; SANTOS; LESSA; DINIZ, 2010). É a partir desse programa que a Rehuna procurará abranger todo o espectro de serviços de saúde, desde

os localizados no SUS, até aqueles enquadrados no setor suplementar, incluindo as diferentes modalidades de atuação profissional na área – com ou sem formação no ensino superior, como por exemplo: profissionais autônomos, parteiras, doulas, etc.

O objetivo de alcançar também as práticas inseridas no setor suplementar consistia em um ponto crucial para o movimento social. Por meio do breve percurso na história da Rehuna que vamos traçando é possível identificar que a defesa da saúde pública e do SUS não consta nos documentos que traçam as diretrizes principais da organização, ainda que algumas integrantes se posicionem dessa forma. Isso não quer dizer que a Rehuna não atue com referência ao SUS, pois além de participarem da elaboração da PNAISM, por exemplo, parte significativa de sua agenda envolve serviços alocados no SUS. Contudo, importa notar que, assim como o feminismo, a reforma sanitária não é apontada nos documentos analisados como parte do direcionamento oficial do movimento. Cabe registrar também que a Rehuna não integra as reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, a esse respeito, Layla Carvalho (2017, p. 115) argumenta que se trata de um movimento “vinculado aos direitos de consumidoras mais que propriamente de direitos de usuárias do SUS”.

A escolha do termo humanização atende ao programa de ação do movimento, visto que se trata de “uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da *violência* de gênero e demais *violações de direitos* praticadas pelas instituições de saúde” (DINIZ, 2005, p. 633, grifos da autora). O esforço deliberado de construir uma narrativa que se acreditava “menos acusatória” tinha como uma de suas principais metas dissolver um pouco da resistência dos profissionais de saúde na aproximação com o tema, com vistas a contribuir para uma maior aceitação da proposta (DINIZ *et. al.*, 2018). A associação com a “humanização” funcionava, ela mesma, como um recurso estratégico na construção de um apelo ao diálogo com profissionais de saúde, evitando o confronto direto que se imaginava certo ao abordar a violência. Portanto, pode-se dizer que o conceito de humanização foi convocado, nesse contexto, com o intuito de promover as mudanças almejadas<sup>90</sup>.

Um dos variados sentidos encontrados para humanização no campo da atenção ao parto e nascimento por Simone Diniz (2005, p. 633) refere-se diretamente à medicina baseada em evidências que consiste na “prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição”. Em parceria

---

<sup>90</sup> Entretanto, cabe registrar que o termo violência não se ausenta do vocabulário do MHP, ao contrário, uma vez que o conceito de violência obstétrica, por exemplo, exibe força agregadora dentro e fora do MHP e destaca-se pela problematização de práticas abusivas por parte de profissionais de saúde, tensionando o campo da saúde por meio de debates que envolvem o tema da iatrogenia e, eventualmente, da prática criminal (obstrução de direitos, mutilação, assédio moral, entre outras).

com outras instituições da sociedade civil e órgãos do governo, a Rehuna promoveu encontros, publicou material informativo e produziu campanhas cujo foco residia na articulação entre medicina baseada em evidências e atenção ao parto e nascimento.

Sobre isso, Daphne Rattner<sup>91</sup> (2009, p. 765) afirma que o primeiro desafio a ser vencido para concretizar a humanização do parto e nascimento é “institucionalizar a atenção humanizada com base em evidências científicas no setor público e no suplementar”. A aposta na medicina baseada em evidências foi tamanha que a organização acabou tornando-se a responsável por popularizar esse conceito (RATTNER; SANTOS; LESSA; DINIZ, 2010), ao promover um discurso cuja crítica maior incide sobre um conjunto de práticas médicas tidas como habituais e eficientes. O uso do conceito na estratégia do movimento social responde a uma dupla missão: por um lado coibir um conjunto de intervenções consideradas inadequadas e, por outro, estimular a incorporação de práticas marcadas pelo signo da ciência. Com isso, ao eleger a baliza do conhecimento técnico-científico comprovado e sistematizado a Rehuna esforça-se para demonstrar “a cientificidade das alegações pró-humanização” (SOUZA, 2021, p. 213).

Dessa forma, vemos que assim como a humanização, também a medicina baseada em evidências científicas é convocada com o intuito de conferir robustez ao programa da organização. No entanto, vale registrar o ponto que distingue os dois conceitos, uma vez que a ideia de medicina baseada em evidências está íntima e diretamente conectada ao discurso científico, à medida que busca submeter a prática assistencial ao conhecimento advindo da racionalidade científica. O que Simone Diniz (2005) chama de “apropriação política do discurso técnico” corresponde a uma das principais estratégias de ação da Rehuna na busca por legitimar sua pauta sob a influência da autoridade historicamente conferida ao discurso da ciência. Ao buscar nos dados científicos informações sobre a segurança e a efetividade das práticas assistenciais para fundamentar seu discurso, a Rehuna alia-se a agências internacionais, como a ONU e a OMS, que também vinham produzindo conteúdo sob essa perspectiva e obtém, nesse processo, um outro selo de autoridade e legitimidade.

A disputa pelo elemento que rege a organização das práticas assistenciais – as evidências científicas ou a tecnocracia – faz-se presente tanto na agenda dos movimentos sociais, notadamente a Rehuna, quanto no desenho da Rede Cegonha, onde a bandeira da

---

<sup>91</sup> Daphne Rattner é médica formada pela Universidade Estadual de Campinas e atualmente trabalha como professora da Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade de Brasília. Integra a presidência da Rehuna, além de estar envolvida com outras organizações voltadas à humanização do parto e nascimento, como a Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe e a International MotherBaby Childbirth Organization. Daphne Rattner atuou em colaboração com o Ministério da Saúde em diversas ocasiões, especialmente na década de 2000, vinculada à Área Técnica de Saúde da Mulher. Sua produção bibliográfica privilegia os temas da assistência obstétrica e assistência perinatal.

medicina baseada em evidências localiza-se nas ações propostas dentro do conjunto do componente parto e nascimento, relativo à organização da política: “práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: ‘Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento’” (BRASIL, 2011a). No que diz respeito à orientação dos serviços, a priorização dada à mudança de modelo consiste em outro ponto de contato entre a portaria nº 1.459 e a Rehuna, uma vez que a implantação de um novo modelo representa o primeiro objetivo da política. A esse respeito, Heloisa Souza (2021) assinala a prevalência do discurso médico em ambos os modelos em questão, indicando o lugar central aí exercido por esse campo de saber e de poder – a medicina -, ainda que organizado sob diferentes perspectivas.

A aproximação entre o discurso da política e aquele da Rehuna vai para além da presença de termos como humanização e medicina baseada em evidências, incorporando no texto da primeira diversos elementos-chave para a segunda, entre eles: incentivo ao parto normal, investimento em outros espaços para o parto que não o hospital, pesquisa de qualidade/satisfação com usuárias dos serviços e adoção das referências da OMS. Como apontamos na subseção anterior, a Rehuna é a única organização da sociedade civil mencionada no Manual Prático de Implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), seguida de uma menção mais generalista dos movimentos de mulheres.

De acordo com Daphne Rattner e colegas (2014, p. 118), “a Rehuna considera a Rede Cegonha a convergência de várias políticas e o cenário mais favorável possível para a implementação prática de seu ideário”. Um certo alinhamento entre ambas não é mera casualidade, afinal, a formulação da RC contou com envolvimento direto de integrantes da organização que já ocupavam cargos dentro do MS. A presença de ativistas, inclusive aquelas ligadas ao MHP, em um órgão do governo compunha uma das principais estratégias de ação, pois

No Brasil, desde os anos de 1990, o movimento social teve um papel importante em desencadear as primeiras mudanças e foi bem sucedido em buscar a parceria do Ministério da Saúde, uma vez que a disseminação do cuidado humanizado baseado em evidências científicas requer políticas públicas para se tornar viável em âmbito nacional (DINIZ *et. al.*, 2018, p. 27)<sup>92</sup>.

A parceria com o MS pode ser vista tanto na modalidade de apoio prestado pelo MS a iniciativas locais de humanização do parto e do nascimento realizadas por ativistas, quanto na

---

<sup>92</sup> Tradução livre de: “In Brazil, since the 1990s, the social movement has had an important role in triggering the first changes and was successful in seeking the partnership of the MoH, since the spread of evidence-based and humanised care requires public policies to become nationally available”.

ocupação direta de cargos no organograma ministerial por integrantes dos movimentos sociais, como a Rehuna. Rebecca Abers e Luciana Tatagiba (2014) afirmam que, no período de 2003 a 2014, a presença de membros de movimentos sociais de mulheres na equipe do MS era regular, sobretudo daquelas vinculadas à Rehuna e/ou à Rede Feminista de Saúde. Dentre elas, no ano de 2011, estava a coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher e da RC: Esther Vilela.

Esther Vilela é médica formada pela Universidade Federal de Minas Gerais, com especialização em ginecologia e obstetrícia, pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, e em fitoterapia, pela Universidade Federal de Goiás. Atuou em um hospital privado em Goiás, de 1986 a 2011, sendo esse tempo dedicado à assistência e à gestão<sup>93</sup>. Ligada também ao MHP, Esther Vilela é afiliada à Rehuna e compõe essa organização desde sua fundação (ABERS, TATAGIBA, 2014; RATTNER; SANTOS; LESSA; DINIZ, 2010). No que diz respeito a órgãos governamentais, a médica ginecologista ocupou os cargos de consultora da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003 a 2010, de coordenadora nacional da Área Técnica de Saúde da Mulher, no MS, de 2011 a 2017 e, durante o mesmo período, foi conselheira no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e representante do MS na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU).

Reconhecida como uma ativista pelo parto humanizado (ABERS, TATAGIBA, 2014; LEAL *et. al.*; 2019), Esther Vilela traz uma trajetória profissional marcada pela dedicação a questões ligadas ao pré-natal, parto e puerpério, transitando entre a assistência e a gestão, nas esferas pública e privada. A inserção nos espaços de administração estatal da saúde, no âmbito do MS, tem destaque no percurso da médica, uma vez que se somam quase vinte anos de atuação estreitamente relacionada às políticas públicas. Além da participação como coordenadora da RC, Esther Vilela fez parte da equipe técnica de outra ação do MS: o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), onde atuou em conjunto com outras companheiras da Rehuna, como Daphne Rattner e Sônia Lansky<sup>94</sup>. (RATTNER; SANTOS; LESSA; DINIZ, 2010).

A nomeação de Esther Vilela para a coordenação da ATSM, assim como da RC, foi recebida pela Rehuna com otimismo, pois indicava que a perspectiva da humanização da assistência ao parto e nascimento estaria entre as prioridades da agenda da saúde da mulher no MS, sobretudo na implantação da RC (ABERS; TATABIGA, 2014). Entretanto, Esther não

---

<sup>93</sup> As informações sobre a trajetória profissional de Esther Vilela foram colhidas de seu currículo Lattes, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3659215821116972>.

<sup>94</sup> Sônia Lansky formou-se em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais e atua como médica na Prefeitura de Belo Horizonte desde 1988. É pesquisadora e professora colaboradora da Faculdade de Medicina da UFMG. Compõe a diretoria da Rehuna e tem uma larga produção bibliográfica em saúde materno-infantil. Sônia Lansky também prestou serviços ao Ministério da Saúde em várias ocasiões ao longo da década de 2000, especialmente na Área Técnica de Saúde da Mulher.

ocupou sozinha esse espaço, pois “contratou um número expressivo de consultores que, assim como ela, vinham trabalhando na área da saúde tentando promover abordagens alternativas”<sup>95</sup> (ABERS; TATABIGA, 2014, p. 24). Daphne Rattner (2009) lembra que diversos integrantes da Rehuna, além de atuarem diretamente no MS, também exerciam função de consultoria para estados e municípios em questões relativas à assistência ao parto e nascimento.

Tal configuração faz borrar a fronteira mais visível entre órgão de governo e movimento social de forma a que as pessoas atuem nas duas dimensões. Para atores envolvidos com a atenção ao parto (LEAL *et. al.*, 2019), mudanças significativas não são vistas como processos possíveis de serem empreendidos sem parcerias e, no que diz respeito às políticas de saúde, a organização do movimento social de mulheres foi crucial para o avanço da pauta da humanização do parto e nascimento, com destaque à intensa e sistemática interlocução entre a Rehuna e o MS. Sobre isso, Daphne Rattner e colegas (2014, p. 118) afirmam que desde o início da organização era evidente que “para o sucesso do projeto, seria necessário conquistar aliados na gestão pública federal”.

O que a literatura visibiliza é que a Rehuna e outros atores do MHP construíram uma agenda de mudanças tendo em mente a participação de ativistas em espaços estratégicos da administração estatal (DINIZ *et. al.*, 2018), em uma busca ativa por se aproximar e intervir nos diferentes níveis de governo. Essa missão assume tamanho espaço no ativismo a ponto de tornar a Rehuna reconhecida por impactar a formulação de políticas públicas e de iniciativas governamentais (RATTNER *et. al.*, 2014), não somente em relação ao SUS, mas também ao setor suplementar - principalmente a partir dos anos 2000, com a institucionalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (RATTNER, 2009).

Em artigo de 2018, Simone Diniz e colegas sistematizam iniciativas da Rehuna e de outras organizações em prol da humanização do parto e nascimento que foram, em sua maioria, avaliadas como bem sucedidas no sentido de gerarem políticas públicas e leis. Com ações que remontam desde 1997 até 2014, as organizações do movimento social atuaram de modo a tentar garantir a oficialização de medidas como: acompanhante de parto; investigação sobre a taxa de cesarianas no setor suplementar; investigação de violências institucionais; autorização à presença de doulas em hospitais; definição de violência obstétrica; entre outras (DINIZ *et. al.*, 2018). Para as autoras, a análise da atuação da Rehuna mostra que “há uma

---

<sup>95</sup> Tradução livre de: “she hired a large number of consultants who, like her, had been working in the health profession trying to promote alternative approaches”.



sinergia entre movimentos sociais e iniciativas do Ministério da Saúde levando a um cuidado materno baseado em evidência e mais respeitoso no Brasil”<sup>96</sup> (DINIZ *et. al.*, 2018, p. 31).

Sobre a entrada de integrantes de movimentos sociais no Ministério da Saúde, Daphne Rattner e colegas (2014, p. 127) afirmam que a isso se deve a convergência entre políticas públicas e a agenda da Rehuna, uma vez que os ativistas articulam a experiência do movimento social ao acúmulo de conhecimento técnico e científico, trabalhando para “a formulação e o desenvolvimento das políticas que atendem a seus anseios”. No caso da RC, a trajetória pregressa de Esther Vilela tanto no movimento social - através da Rehuna -, quanto na assistência à saúde – sobretudo na atenção a pré-natal, parto e puerpério -, confere à sua atuação na coordenação da formulação e da implementação da política um repertório próprio com vistas à elaboração de manuais e documentos e ao desenvolvimento de protocolos e programas de treinamento (ABERS; TATAGIBA, 2014).

O envolvimento de Esther Vilela na promoção e divulgação da RC, dentro e fora do MS, antes e depois da promulgação da portaria pode ser visto, por exemplo, na diversidade de plataformas ocupadas pela médica em nome do MS. Esther Vilela participou de programa de televisão (VILELA, 2011a), de evento na Câmara dos Deputados (LEMES, 2011) e concedeu entrevista à mídia impressa (VILELA, 2011b), cujo tema girava em torno da apresentação da nova política. Nessas ocasiões, a defesa do direito da mulher a um parto humanizado, a denúncia das mortes maternas evitáveis e a afirmação da evidência científica como critério para a definição das práticas na assistência eram falas freqüentes em seu discurso. A reverberação dessa dinâmica em integrantes da Rehuna é carregada de otimismo, como se pode ver adiante: “com essa produtiva articulação, de governo, sociedade civil organizada e movimentos de mulheres, espera-se conseguir mudar o paradigma vigente na atenção a P&N [Parto e Nascimento]” (RATTNER *et. al.*, 2014, p. 128).

Diante disso, ao analisar os temas priorizados pela ATSM em 2011, ocupada também por ativistas de movimentos sociais, incluindo a Rehuna, podemos dizer que uma das bandeiras de luta - humanização do parto e do nascimento - ganhou mais força do que outras – direitos sexuais e equidade de gênero, por exemplo<sup>97</sup>. Rebecca Abers e Luciana Tatagiba (2014) contam que as integrantes da Rehuna não se mostravam contra a integralidade da saúde da mulher, porém, em consonância com o programa de governo presidencial, a pauta

---

<sup>96</sup> Tradução livre de: “There is a synergy of social movements and MofH initiatives pushing towards more respectful and evidence-based maternal care in Brazil”.

<sup>97</sup> Tal disparidade é uma das principais linhas de crítica dos movimentos feministas à Rede Cegonha e abordaremos essa questão adiante.

que foi vista como uma possibilidade concreta de realização foi a relativa ao ciclo gravídico-puerperal. Sobre essa dinâmica, as autoras afirmam que

Ativistas institucionais provavelmente têm mais flexibilidade quando seus projetos coincidem com aqueles de seus superiores, uma situação que pode variar ao longo do tempo, dependendo do quadro político e partidário mais amplo. Sincronia de projetos gera, para o ativista institucional, uma oportunidade de avançar em seus objetivos<sup>98</sup> (ABERS; TATAGIBA, 2014, p. 25).

Todavia, apesar das boas expectativas diante da parceria com a nova gestão do executivo federal, houve dissonância na elaboração da RC e algumas pautas caras ao MHP não foram contempladas pela portaria (DINIZ, 2012). Entre elas, a proposta de inclusão no sistema informacional de saúde (que é de acesso público e universal) de dados qualificadores da atenção ao parto, como taxas de episiotomia<sup>99</sup> e indução do parto, presença de acompanhante e integridade corporal da mulher. A sistematização de informações mais detalhadas acerca das intervenções realizadas por profissionais de saúde na mulher durante o parto tinha como um de seus intuitos visibilizar as práticas consideradas inadequadas e, assim, fomentar a pressão pela mudança no modelo de atenção. O recuo na incorporação desse componente na política foi visto como mais um aceno favorável do governo federal aos setores conservadores e às corporações médicas (DINIZ, 2012).

O avanço na direção da humanização do parto e nascimento para as ativistas da Rehuna não era em si avesso ao avanço relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos (ABERS; TATAGIBA, 2014). No entanto, ao reservar para si um montante vultoso de recursos financeiros (que inicialmente girava em torno de R\$9 bilhões) e de pessoal, a RC preencheu parte significativa da agenda da ATSM e acabou por sufocar outras ações voltadas à saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. A própria PNAISM teria sido esvaziada com o início das atividades da RC, ainda que o MS e a ATSM se posicionassem de forma a afirmar a preeminência da PNAISM enquanto uma política nacional (CARVALHO, 2017).

A perda de espaço de uma política mais abrangente para uma de enfoque mais restrito no âmbito da saúde da mulher não ocorre somente no que diz respeito ao abandono do referencial da integralidade, uma vez que pode ser vista dentro mesmo do campo da saúde

---

<sup>98</sup> Tradução livre de: “Institutional activists are likely to have more flexibility when their projects coincide with those of their superiors, a situation that is likely to fluctuate over time, depending on broader political and party dynamics. Synchrony of projects creates, for the institutional activist, an opportunity to advance their goals”.

<sup>99</sup> Episiotomia é o nome dado ao procedimento cirúrgico que cinde o períneo (região entre a vagina e o ânus) para “ampliar” o canal do parto. De acordo com a OMS (1985), o seu uso rotineiro não se justifica por condições clínicas e consta entre as práticas definidas como claramente prejudiciais que devem ser eliminadas na atenção ao parto.

materno-infantil. A ausência de um olhar crítico para a saúde materno-infantil combinado a perspectivas conservadoras geram como consequência que se negligencie a saúde materna em prol de um privilegiamento da saúde infantil, comprometendo tanto o direito das mulheres, quanto sua própria integridade física (DINIZ, 2011).

O uso do tema da saúde materna e saúde infantil feito por alas conservadoras da sociedade é um ponto pelo qual muitas das críticas sobre a RC iriam passar, sobretudo as advindas dos movimentos feministas. Entretanto, mesmo a Rehuna não se acha completamente representada na fala da coordenação da RC no MS, pois integrantes do movimento se mostraram críticas à Rede Cegonha. Entre elas, Simone Diniz que escreve um texto ao lado de Ana Maria Costa problematizando o “reducionismo na compreensão da saúde da mulher” que a política promove, posicionando-se a favor de que

mesmo a saúde materna deve ampliar sua agenda de saúde abordando as necessidades integrais da mulher, e não apenas aquelas relacionadas ao desfecho da gravidez e do bebê. Além de propor a agenda ampla da saúde integral, é necessário avançar para uma agenda feminista da saúde materna, atualizada para nosso complexo contexto (COSTA; DINIZ, 2011).

A defesa do feminismo como um dos eixos a sustentar a política de saúde materna por uma integrante da Rehuna demonstra que a coesão entre militantes não é absoluta, de modo que, ainda que algumas bandeiras elementares sejam compartilhadas, isso não implica necessariamente em um entendimento comum para a forma como os objetivos serão buscados. Diversas pesquisadoras (ABERS, TATAGIBA, 2014; CARNEIRO, 2011; PIMENTEL, 2014; SOUZA, 2021) relatam a heterogeneidade das posições que ocupam as integrantes da Rehuna, e que se manifesta, por exemplo, nas diferentes perspectivas sobre o aborto, a ponto de, para algumas a luta feminista ser “obcecada” pelo tema e, para outras, a desconsideração dessa questão na RC ser vista como uma lacuna grave. Vemos, portanto, que há variadas camadas a compor um suposto mesmo território, fazendo com que os movimentos sociais sejam plurais em si mesmos e, conseqüentemente plurais também em suas formas de agir.

### **7.1.2. “Quebra de compromisso”: a Rede Cegonha como expressão do distanciamento entre movimentos feministas e Ministério da Saúde**

O contato entre movimentos feministas e o Ministério da Saúde em 2011 não se deu apenas na dimensão da RC. Em janeiro, no início da nova gestão federal, foi realizada uma

reunião entre a Rede Feminista de Saúde (RFS) e o recém-empossado ministro da Saúde, Alexandre Padilha, na qual a organização cobrou, entre outras coisas, investimentos na PNAISM. Nessa ocasião, o ministro comprometeu-se junto à RFS em trabalhar para a manutenção da ATSM e da perspectiva de saúde integral, apoiar a preparação da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e fortalecer o Conselho Nacional de Saúde (RFS, 2011a).

Considerando toda a pesquisa elaborada sobre a formulação da RC, encontramos dois momentos em que uma entidade da sociedade civil ligada ao movimento feminista foi convidada oficialmente a debater sobre essa política junto ao MS, antes do lançamento da portaria 1.459. Em fevereiro, a RFS esteve em uma reunião com representantes do MS para conhecer a RC. De acordo com Telia Negrão (2011a), integrante da RFS, o caráter materno-infantilista da política gerou preocupação a ponto de fazer com que a organização publicasse uma nota pública na qual reafirmava o paradigma da atenção integral à saúde das mulheres e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos como prioridade do movimento social (RFS, 2011a). Sobre a RC, a nota discorre da seguinte forma:

Embora ainda não apresentada, apenas anunciada, a política denominada de Rede Cegonha representa, por si mesma, o risco de reducionismo e retrocesso nas políticas de gênero, pois as mulheres deixam de ser sujeitas principais no evento reprodutivo. Substituídas por um mito, o pássaro que carrega o bebê prontinho, compromete-se o próprio sentido da atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério. Uma subestimação dos avanços conceituais no campo dos direitos reprodutivos como direitos humanos, infantilização do processo reprodutivo centrado no bebê. Portanto, uma desumanização simbólica da política de saúde da mulher (RFS, 2011a).

Em um segundo momento, dias antes do lançamento oficial em Belo Horizonte, em 22 de março, foi realizada no MS uma oficina dedicada a apresentar a RC para agências governamentais, órgãos da ONU, representantes do CNDM e do CNS, movimentos feministas – especificamente a RFS – e membros da Pastoral da Criança da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) (NEGRÃO, 2011a). Sobre esse encontro, Telia Negrão (CLAM, 2011; NEGRÃO, 2011a) conta que chamou a atenção das integrantes da RFS que a RC não tivesse um *status* jurídico de política definido (se programa, estratégia ou política) e também a presença de representantes da CNBB na reunião. O “estranhamento” em relação à participação da CNBB se deu a partir de um entendimento de que a interferência de uma instituição religiosa feria a perspectiva do Estado laico (NEGRÃO, 2011a). Especialmente considerando que apenas uma vertente religiosa se achava ali representada.

Fátima Oliveira (2011a) avalia que a adoção de um paradigma materno-infantilista na RC promove um retrocesso na saúde da mulher ao reunir em um mesmo conjunto esta e a

saúde infantil. Tal conceito conservador, de acordo com a médica e ativista (OLIVEIRA, 2011a), “adoça a boca do Vaticano”, pois se mostra palatável à agenda conservadora da Igreja, fazendo com que um ideário sobre a mulher considerado retrógrado e superado - em vista da instituição da PNAISM e do debate sobre direitos sexuais e reprodutivos – ganhasse hegemonia. Visto simultaneamente como cúmplice e autor do envolvimento de setores religiosos conservadores com as políticas públicas, o alto escalão do governo federal é duramente cobrado pelas alianças e pelos compromissos assumidos. Fátima Oliveira (2012b) assevera: “esse governo já deu demonstrações demais a quem está submetido quando o assunto são os corpos das mulheres. Está na hora de dizermos ao governo que os nossos corpos nos pertencem e não podem ser moeda de troca, com quem quer que seja”.

Uma das propostas da RFS surgida nesses encontros foi a de que a futura portaria considerasse políticas de saúde da mulher precedentes, sobretudo a PNAISM, o que não foi atendido, já que o documento não elenca a PNAISM, expressando aí “o equívoco de origem da proposta da Rede Cegonha, que é a não reafirmação da integralidade da saúde da mulher” (NEGRÃO, 2011a). Outra ausência significativa no rol de políticas contempladas pela RC é a relacionada à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2007. De acordo com Fátima Oliveira (2016), a omissão é grave e faz parecer que a RC “esqueceu o recorte racial-étnico”, não reconhecendo o racismo na saúde, notadamente na saúde da mulher.

Embora as reuniões entre MS e RFS tenham disparado muitas críticas em relação à RC, a RFS não deixou de reconhecer a validade de medidas para garantir atenção de qualidade ao ciclo gravídico-puerperal, mesmo que, em seu ponto de vista, estas fossem insuficientes seja da dimensão da integralidade em saúde da mulher, seja da dimensão específica da meta de redução da mortalidade materna – uma vez que o aborto figura entre as principais causas de mortes evitáveis de mulheres gestantes e não consta no plano de ação da RC (NEGRÃO, 2011a; OLIVEIRA, 2011b). Outro ponto que se sobressai nos encontros entre RFS e MS é que a sociedade civil organizada é convidada a apreciar uma proposta política já elaborada, na qual pôde interferir muito pouco, ou quase nada.

Organizado pelo MS com o objetivo de promover a RC, o “Simpósio Internacional de Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil - Rede Cegonha” ocorreu em Brasília, em abril de 2011, propiciando um novo encontro entre formuladores de políticas e ativistas sociais. No evento, o ministro Alexandre Padilha reconheceu e comemorou a presença ali de representantes dos movimentos de mulheres que contribuíam para o fortalecimento da democracia e afirmou que “em nenhum momento abdicou da atenção integral à saúde da mulher” (BRASIL, 2015b, p.

13). Padilha destacou, ainda, que no início do ano reuniu-se com a RFS “para conversar e construir pautas” voltadas à saúde das mulheres no país (BRASIL, 2015b, p. 13).

De acordo com nota da RFS publicada posteriormente ao evento (RFS, 2011c), a fala do ministro teve caráter conciliatório, uma vez que ele se referiu às ativistas presentes no Simpósio quando abordou a relação entre RC e PNAISM, reafirmando a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e a importância de considerar a mulher para além de seu papel como mãe e cuidadora – tema de diversas críticas feitas à RC e ao MS pelos movimentos feministas. Santinha Tavares<sup>100</sup>, representante da RFS e do Conselho Nacional de Saúde no Simpósio, teve seu nome destacado por Padilha como um símbolo da importância da participação social no SUS, exortando-a a acompanhar o desenvolvimento da RC nos territórios, reportando possíveis dificuldades ao MS (BRASIL, 2015b).

Em junho do mesmo ano, a RFS emite uma nova declaração: uma carta pública destinada ao ministro da saúde. Nesse texto, a associação aborda diretamente a falta de uma interlocução contínua e sistemática do MS para com movimentos feministas, denunciando o esvaziamento generalizado dos espaços de discussão das políticas voltadas a mulheres na pasta. Além de creditar a esse distanciamento a fragilidade da RC, a carta enuncia:

Preocupa-nos ainda que a publicação da Portaria 1.459 de 24/06/2011, que estabelece a Rede Cegonha, não tenha ensejado nenhuma iniciativa por parte deste Ministério para a discussão do seu conteúdo final, ao nosso ver, incompleto em relação aos compromissos inicialmente assumidos. E que não estejam sendo convocadas reuniões com a sociedade civil nas diversas instâncias que sempre compuseram o espectro dos debates junto à área da saúde, além do Conselho Nacional de Saúde, os Comitês e Comissões que compõem esta arquitetura (RFS *apud* NEGRÃO, 2011b).

O não envolvimento dos movimentos feministas na elaboração da RC foi entendido, de forma geral, como uma exclusão tanto da participação social quanto do debate feminista por diversos ativistas e coletivos (CASTILHOS, 2011; CLAM, 2011; NEGRÃO, 2011b; OLIVEIRA, 2011b; RFS, 2011b; WERNECK, 2012). Clair Castilhos (2011) e Jurema Werneck (2012) apontam para a centralização sob a qual a formulação da política se deu e, a partir de seus lugares como integrantes de movimentos sociais de mulheres, cobram diretamente da presidenta o afastamento imposto a outros atores desse processo. A esse respeito, Jurema Werneck (2012), representante da Articulação de Organizações de Mulheres

---

<sup>100</sup> Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, conhecida como Santinha, é médica sanitária e ativista feminista. Integrou a militância do Partido Comunista Brasileiro e a luta contra a ditadura brasileira. Santinha participou da elaboração do PAISM em 1983, e da comissão brasileira que esteve na Conferência de Pequim, em 1995. Foi Conselheira Nacional da Saúde e coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU).

Negras Brasileiras, afirma que “a presidenta tinha gente à beça, completamente disponível e habilitada para fazer o debate e propor soluções técnicas e políticas adequadas às necessidades que todas as mulheres vivem, mas ignorou todo mundo”. Já Fátima Oliveira (2012b) assevera que “não foi para esse tipo de comportamento e nem um governo cheirando a mofo medieval, comandado pela Capela Sistina, que a gente saiu às ruas para pedir votos para Dilma”.

Jurema Werneck (2012) aponta também o papel do racismo na manutenção das elevadas taxas de mortalidade materna, dado que “as principais mortas nessa história são as mulheres negras, as mulheres índias, as mulheres das periferias”. Para a ativista, a não inclusão de outros movimentos sociais na elaboração da RC fez com que houvesse um encurtamento de visão na portaria, deixando de fora questões cruciais como o racismo. Nesse sentido, o ministro da saúde e sua equipe estariam se colocando na posição de “porta-vozes” da sociedade de modo ilegítimo, pois os representantes do governo não “sabem de tudo” (WERNECK, 2012).

As falas contundentes das ativistas nos indicam que não só o tema do aborto - polemizado desde a campanha eleitoral - foi suprimido na RC, mas também outras questões se fazem ausentes do documento, entre elas o racismo, a violência sexual e a saúde mental, por exemplo. Ou seja, ao expor as flagrantes lacunas na RC, o debate gerado no circuito feminista faz mais do que somente enunciar os temas negligenciados: ele denuncia o caráter centralizador e excludente adotado pelo MS no processo de elaboração da RC, responsável por conferir à política um aspecto verticalizado, diminuído em potência democrática porque alheio aos movimentos sociais de mulheres – que não somente os ligados à humanização do parto e nascimento -, e diminuído também em laicidade, uma vez que alinhado a grupos conservadores e religiosos.

A visão de que a RC é uma boa política materno-infantil, mas que é necessário mais do que o conteúdo oferecido pela política para garantir direitos sexuais e reprodutivos às mulheres é expressa também pelo Jornal Cfemea: “A análise do CFEMEA propõe, inclusive que a Rede Cegonha amplie suas atividades e passe a orientar as mulheres para que possam livre e conscientemente controlar a própria fecundidade” (CFEMEA, 2011). Rebecca Abers e Luciana Tatagiba (2014) corroboram com o entendimento de que os movimentos feministas não defendiam o abandono de políticas materno-infantis ao problematizar a RC, pois a redução da mortalidade materna e a melhoria na qualidade da atenção ao parto eram percebidas como pautas legítimas, quando enquadradas no paradigma da integralidade de atenção à mulher, no âmbito da PNAISM.

A descontinuidade da PNAISM advinda por meio da, assim chamada, “quebra de compromissos” por parte de representantes do governo é percebida como um ataque à saúde da mulher e um retrocesso nas políticas públicas (COSTA, DINIZ, 2011; NEGRÃO, 2011b; OLIVEIRA, 2011b; RFS, 2011a). Diante das manifestações, o ministro da saúde, Alexandre Padilha (BRASIL, 2015b; RFS, 2011c) procurou afirmar em diferentes ocasiões a perspectiva da integralidade e a permanência da PNAISM. Esther Vilela (2011a), coordenadora da ATSM, por sua vez, esforçou-se em defender o argumento de que, sendo a RC uma estratégia e não uma política, era equivocada a ideia de que a PNAISM fosse suplantada pela RC. Sobre isso, Layla Carvalho (2017) demonstra por meio de estudo sobre o aporte financeiro da pasta que “os recursos orçamentários voltados para a PNAISM foram significativamente reduzidos” após a implementação da RC. Também o jornal *Fêmea* (CFEMEA, 2011) dá visibilidade ao esvaziamento de fundos voltados à atenção integral à saúde da mulher, assim como à atenção à saúde da população negra, o que deixou ambas em “vida vegetativa” desde 2011. Por fim, o periódico declara:

A luta feminista sustenta com muito vigor as demandas por Atenção Integral à Saúde da Mulher que, nesse PPA [Plano Plurianual 2012-2015], ficaram mais fragilizadas. Defende também o direito de tod@s à saúde e o dever do Estado em assegurá-lo (CFEMEA, 2011).

Sendo assim, vemos que as falas do ministro da saúde e da coordenadora da ATSM em defesa da PNAISM não se reverteram em provisão de recursos para a mesma, de modo que os movimentos feministas continuaram problematizando a exclusão do ideário da integralidade na atenção à saúde da mulher no desenho da Rede Cegonha. Mais do que isso: as ativistas denunciaram a equipe de governo por não incluir de forma sistemática a sociedade civil organizada no processo de formulação da política. Vemos que não se trata, pois, de uma crítica unicamente direcionada aos termos da política, mas também ao modo de conduzir a gestão no MS.

Ainda que ativistas pela humanização do parto e nascimento inseridas no MS não necessariamente se opusessem aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o tabu imposto sobre o aborto gerou um ruído entre os diferentes movimentos sociais que foi agravado com o envolvimento, em mais de uma ocasião, entre organizações religiosas e representantes do MS. A crítica sobre quem tem participação legítima no debate sobre a saúde das mulheres caminhou ao lado do questionamento sobre a validade de uma política pública que não ouviu o seu público-alvo no processo de feitura.



## **7.2. Um programa de melhoria de serviços perinatais transforma-se na principal política de saúde da mulher**

Ao apresentar essa seção, indicamos que, em seu projeto inicial, a Rede Cegonha fora concebida como uma “linha de cuidados materno-infantil”, cujo objetivo de qualificar a atenção obstétrica e neonatal destinava ações para serviços de saúde já estabelecidos em nove regiões metropolitanas do Brasil. A inspiração para essa proposta deveu-se, ao menos em parte, ao Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM), medida derivada do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, de 2009 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015b; CASTRO, 2012; VASCONCELOS, MARTINS, MACHADO, 2014).

Coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher e da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, no âmbito da Política Nacional de Humanização, o PQM foi elaborado e pactuado em 2009 e executado a partir de 2010. Foram escolhidas 26 maternidades, abrangendo todos os estados das regiões Norte e Nordeste com o objetivo de qualificar a atenção obstétrica e neonatal através de um conjunto de ações voltadas para

promover mudanças na gestão e modelo de atenção ao parto e nascimento; articular e fomentar redes de cuidados perinatais (integração de pontos de atenção do SUS como, por exemplo, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia de Saúde da Família), sobretudo, por meio da organização de espaços de cogestão, tais como os Fóruns Perinatais (BRASIL, 2012a).

Afirmando, portanto, uma perspectiva de transformação das práticas como prioridade, o PQM partiu da “introdução de novos valores no cuidado, de novos valores na gestão e de alteração nas dinâmicas de gestão do trabalho e na conformação de redes perinatais” (BRASIL, 2015b, p. 25), como prioridade em relação ao investimento na estruturação de novos serviços. Tal configuração destaca o foco do PQM em operar mudanças na lógica do cuidado oferecido durante pré-natal, parto e pós-parto, a partir do trabalho com experiências consideradas exitosas no âmbito do SUS. O impacto nos índices de mortalidade materna e neonatal achava-se embutido nas diretrizes do PQM, de forma que as medidas teriam como um dos efeitos esperados a redução dessas taxas (BRASIL, 2012a).

É a experiência do PQM, ao longo de 2010 nos territórios do Norte e do Nordeste, que conforma o quadro metodológico da RC (BRASIL, 2015b), inclusive em seu recorte inicial projetado para funcionar apenas em nove regiões metropolitanas. O compartilhamento

também se dá nas referências, uma vez que palavras-chave da RC, tais como “práticas baseadas em evidências científicas”, “modelo de atenção ao parto e nascimento”, “acolhimento com classificação de risco” e “acompanhante para a gestante no parto” já figuram no discurso do PQM. Sobre isso, Michele Vasconcelos, Cátia Martins e Dagoberto Machado (2014, p. 1006) afirmam que

“a RC amplia o PQM sob o ponto de vista da extensão territorial, como também reforça a trajetória já iniciada com o PQM de, além do apoio realizado nas maternidades junto a equipes, se trabalhar numa perspectiva de produção de redes de cuidado materno e infantil”.

É ao longo do processo de formulação da Rede Cegonha capitaneado pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS, que a proposta é criticada justamente por sua restrição territorial, sendo intimada a abranger todos os municípios do país e não mais somente aqueles situados nas regiões metropolitanas (CASTRO, 2012). E a bandeira que antes trazia elementos essencialmente relativos ao processo de gestação, parto e puerpério passa a incluir entre seus princípios a atenção a crianças até dois anos e a implantação de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante e Bebê.

A elaboração da RC se deu, de acordo com Maria de Castro (2012), no Ministério da Saúde, em Brasília, a partir de janeiro de 2011, onde teve início uma série de encontros periódicos dedicados especificamente à formulação da política. Os participantes integravam quadros do próprio MS, representando diversas secretarias que compõem o Ministério e também a assessoria do Gabinete do ministro, e reuniam-se para debater os termos da política sob a coordenação de funcionários da Secretaria de Atenção à Saúde (CASTRO, 2012). Não há em nenhum dos documentos oficiais ligados ao lançamento e à publicação da Rede Cegonha uma menção à equipe responsável pela formulação, onde sejam citados nomes e cargos. No entanto, a partir da pesquisa, identificamos que a coordenação da RC, desde seu processo de elaboração, ficou a cargo de Esther Vilela (ABERS, TATAGIBA, 2014; BRASIL, 2014b; SANTOS, 2013).

Em relação à proposta inicial da RC de ser uma linha regional de cuidados perinatais, Esther Vilela participou ativamente do processo de estender o projeto para outros estados além do Norte e do Nordeste, a partir de uma avaliação positiva do PQM. Em 16 de abril de 2011, poucas semanas após o lançamento oficial da RC pela presidenta Dilma em Belo Horizonte, Esther Vilela (2011) concede uma entrevista a Conceição Lemes<sup>101</sup> e afirma: “no

---

<sup>101</sup> Conceição Lemes é jornalista especializada em saúde, escritora e coeditora do *blog* Viomundo. Seu trabalho conquistou diversos prêmios ao longo dos seus trinta anos de atuação. Conceição Lemes tem usado sua escrita

ano passado, nós tivemos uma experiência com o Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste, que nos deu pistas de como tecer e fomentar essa rede, de modo que a população se aproprie dela”.

O trabalho da equipe responsável pela elaboração da RC volta-se, portanto, no sentido de replicar o PQM em uma escala maior, construindo as bases para uma experiência estendida a todo o território nacional (CASTRO, 2012). É por meio desse processo que um plano regional de qualificação de serviços perinatais é alçado a principal política federal de saúde da mulher. A elaboração dos termos da política durou aproximadamente seis meses, de acordo com Maria de Castro (2012), e envolveu em algumas ocasiões – para além das fronteiras do MS – integrantes do Ministério da Casa Civil, do Gabinete da presidenta e a própria presidenta. Ainda segundo a pesquisadora, no início das reuniões do grupo de trabalho, a Secretaria de Políticas para Mulheres esteve presente, porém, por divergências com o formato da RC, o órgão retirou-se desse espaço, fazendo com que este fosse sistematicamente habitado majoritariamente por agentes do Ministério da Saúde.

Com a saída de Nilcea Freire da SPM, é Iriny Lopes quem assume, na aurora de 2011, o cargo de chefia da SPM. Quando chegou à SPM, Iriny Lopes carregava consigo uma significativa trajetória na política institucional e no ativismo pelos direitos humanos. No início da década de 1980, a secretária participou da fundação do diretório estadual do Partido dos Trabalhadores no Espírito Santo, foi deputada por esse estado e desde então jamais deixou o partido. A passagem de Iriny Lopes pela SPM é breve, com duração de um ano, após o qual ela sai para concorrer às eleições municipais de 2012, em Vitória. Em seguida, a SPM passa a ser comandada por Eleonora Menicucci. De acordo com Layla Carvalho (2018), outra motivação para a saída de Iriny Lopes é o crescente volume de críticas oriundas, sobretudo, dos movimentos feministas a medidas aprovadas em 2011, entre as quais, a própria RC.

Não encontramos tantos registros sobre a participação da SPM na formulação da RC, em comparação com a presença da mesma Secretaria no processo de elaboração da PNAISM. Além da saída da SPM por diferenças inconciliáveis com o formato adotado para a RC, há também o apontamento de uma reunião, no início de fevereiro de 2011, entre Iriny Lopes e Alexandre Padilha com objetivo de discutir temas de saúde da mulher, tendo como produto a construção da agenda prioritária da SPM para o ano em questão (BRASIL, 2011c). Com exceção dos episódios citados, a RC figura na agenda da SPM por conta da III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) que serviu como base para a elaboração do

---

para debater questões relevantes da saúde pública, realizando entrevistas com agentes governamentais, ativistas sociais e pesquisadores.

III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), no qual constava como uma das metas a implantação da RC em todo o território nacional (BRASIL, 2013b).

Embora todas as secretarias do MS integrassem as reuniões da RC, foi a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) aquela que esteve mais à frente do processo. Esther Vilela coordenou a elaboração da RC no cargo de chefia da ATSM, que também compõe um dos departamentos da SAS. Foi no começo de 2011 que Esther assumiu a coordenação da ATSM e, logo em seguida, do projeto da RC. Não por acaso, nesse mesmo período, assumiram seus postos de trabalho também o novo coordenador da SAS e o novo ministro da Saúde.

Ao falar sobre as mudanças nos nomes daqueles que ocupavam cargos na administração pública, faz-se necessário contextualizar o que representava o início do ano de 2011 no que diz respeito à política partidária e à nomeação de funcionários na gestão federal. A posse de Dilma Rousseff na Presidência da República ocorreu em primeiro de janeiro daquele ano e, logo em seguida, deu-se um remanejamento dos titulares dos ministérios, assim como de coordenadores, secretários e técnicos inseridos em cada pasta – como tradicionalmente ocorre em trocas de governo no Brasil. Naquela data, a presidenta nomeou nove mulheres<sup>102</sup> para a chefia de pastas ministeriais, o que significou a maior quantidade de mulheres a ocupar cargos no “primeiro escalão” do governo federal até hoje.

A área da saúde também passou por mudanças, porém quem foi designado para a pasta não era uma mulher. O último ministro da saúde do governo Lula, José Gomes Temporão, foi sucedido por Alexandre Padilha, que assumiu a cadeira também em primeiro de janeiro de 2011. Padilha, que ficou no cargo de 2011 a fevereiro de 2014, é paulistano e médico formado pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com especialização em infectologia pela Universidade de São Paulo (USP). Previamente ao cargo de ministro da Saúde, Padilha carregava consigo uma experiência na gestão pública, uma vez que preencheu a chefia e a subchefia da Secretaria de Assuntos Federativos e também exerceu a função de Diretor Nacional de Saúde Indígena no próprio MS. Além disso, Padilha trabalhou com educação e formação de profissionais da saúde e, no âmbito das agências transnacionais foi consultor do Fundo de Populações da ONU (UNFPA) e pesquisador da OMS.

Filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT), a nomeação de Padilha como ministro da Saúde representou, ao mesmo tempo, a escolha de um profissional da saúde cuja bagagem

---

<sup>102</sup> As mulheres nomeadas ministras, em janeiro de 2011, são: Ana de Hollanda – Ministra da Cultura; Tereza Campelo – Ministra do Desenvolvimento Social; Maria do Rosário – Ministra dos Direitos Humanos; Luiza Bairros – Ministra da Igualdade Racial; Izabella Teixeira – Ministra do Meio Ambiente; Ideli Salvatti – Ministra da Pesca; Miriam Belchior – Ministra do Planejamento; Iriny Lopes – Ministra da Secretaria de Políticas para Mulheres; Helena Chagas – Ministra da Secretaria de Comunicação Social.

técnica era relevante e cuja participação na cena política partidária apontava para uma possível aproximação entre o gabinete da presidenta e o MS. Segundo Maria de Castro (2012), a chegada de Padilha ao MS foi celebrada por parte significativa do quadro da gestão pública por conta de, após cerca de seis anos, o MS ter em seu comando um líder vinculado ao PT – o mesmo partido de Dilma Rousseff. Isso se deu, pois, com exceção de Humberto Costa, primeiro ministro da saúde no primeiro governo de Lula, que coordenou o MS de 2003 a 2005, todos os demais três homens<sup>103</sup> que revezaram a chefia do MS eram vinculados a outro partido: o PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro)<sup>104</sup>.

O alinhamento partidário entre quem ocupa um ministério e quem ocupa a presidência não deve ser subestimado. Como já discutimos na introdução sobre políticas públicas, as nomeações para a gestão de uma pasta ministerial, assim como para a equipe que irá compor o ministério são operações essenciais da atividade política, conformando-se como alvos de disputa por espaço e influência dentro do organismo estatal. A celebração da entrada de Padilha demonstra que o compartilhamento da mesma bandeira partidária entre ministro e presidente pode oferecer uma perspectiva de avanço em pautas caras ao partido, dentro de determinada pasta.

É já na posse do cargo de ministro da Saúde, nos primeiros dias de 2011, que Alexandre Padilha sinaliza os compromissos assumidos junto à presidenta para sua gestão. Sobre isso, o ministro afirma:

Eu quero falar agora, deixei por último, que eu sei que vocês não iam me impedir de falar, alguns pedidos especiais que a presidenta Dilma me fez numa conversa, logo que pediu para eu assumir o Ministério da Saúde.

Em primeiro lugar, eu acho que nós não podemos perder a oportunidade de ter uma mulher como presidente da República para, nestes quatro anos, transformarmos como a grande prioridade deste ministério, dos gestores estaduais, dos gestores municipais, dos demais ministérios e órgãos de governo em relação à Saúde da Mulher e da Criança.

A presidenta Dilma assumiu ao longo da campanha eleitoral um compromisso de construir no país o que ela chama de Rede Cegonha, que é o esforço articulado de vários equipamentos de saúde, nos vários níveis de atenção, atenção primária, na média complexidade, atenção hospitalar, na urgência e emergência, que dê o devido carinho, cuidado, acolhimento e prioridade às mulheres e às crianças que nascem neste país. Este será um grande compromisso da nossa área de atenção à saúde. Mas não só. Que envolva o conjunto do ministério e que seja fruto de pacto com os governadores e prefeitos, como nós já fizemos – e eu ajudei a coordenar a partir lá da SRI [Secretaria de Relações Institucionais] – um grande pacto do Mais Cidadania, Mais Saúde para a Região Amazônica e para a região do

---

<sup>103</sup> Os ministros que sucederam Humberto Costa nos dois governos de Lula foram: José Saraiva Felipe (08/07/2005 a 31/03/2006); José Agenor Álvares da Silva (31/03/2006 a 16/03/2007); e José Gomes Temporão (16/03/2007 a 31/12/2010).

<sup>104</sup> O PMDB, desde 2017, foi renomeado MDB (Movimento Democrático Brasileiro).

Nordeste brasileiro, que tinha como indicador principal a morbimortalidade materna e infantil (PADILHA, 2011).

O discurso que inaugura a gestão de Padilha no MS traz marcadores importantes para nossa pesquisa. No trecho reproduzido acima, o médico começa por sinalizar que a presidenta fez encomendas específicas a ele, como dirigente da pasta da saúde. Entre os temas que gozaram de tamanha importância e prioridade, o primeiro a ser destacado foi o da saúde da mulher e da criança. De forma a atender essa necessidade, seria implementada a Rede Cegonha, anunciada aí como “um grande compromisso” do MS. A seguir, o ministro também elenca a experiência do PQM como uma ação exitosa e confere aos índices de morbimortalidade materna e infantil um papel central como balizador das políticas de saúde.

Junto a Alexandre Padilha e a Esther Vilela, no início de 2011 quem passou a compor a gestão do MS foi Helvécio Magalhães, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), onde ficou até 2014. Graduado em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, foi nessa mesma instituição onde se especializou em Epidemiologia e em Clínica Médica, tendo cursado o doutorado em Planejamento de Saúde pela UNICAMP. Esteve durante cinco anos – de 2003 a 2008 – à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, ocupou outras funções na mesma Secretaria e atuou no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). No MS, antes de assumir a SAS, foi consultor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

À frente da SAS, o médico desempenhou o papel de abrigar a RC e sua equipe de coordenação. Em diversos momentos a partir do lançamento oficial da política pela presidenta em março, são integrantes da SAS, sobretudo Helvécio Magalhães e Esther Vilela, os responsáveis por assumir uma agenda de divulgação e promoção da RC, dentro e fora do MS. Dessa forma, o lançamento oficial da RC realizado na capital mineira não foi o único evento em que a política foi divulgada antes do marco jurídico materializado na portaria 1.459. Helvécio Magalhães percorreu diversos espaços promovendo a RC após a cerimônia de março, entre os quais, participando de um programa de televisão (MAGALHÃES, 2011), de um seminário do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) (BICALHO, 2011) e de um evento na Assembleia Legislativa de São Paulo (SÃO PAULO, 2011).

O seminário do CONASS aconteceu em Brasília, no dia 27 de abril de 2011, sob o título: “O papel da gestão estadual do SUS na Rede de Atenção à Saúde”. Com mais de 300 participantes de todo o país, o encontro priorizou a discussão sobre a implementação da RAS nos estados para a construção de diretrizes conjuntas a serem aprovadas pelas três esferas de

governo. Na mesa de abertura, Antônio Marques, secretário estadual de saúde de Minas Gerais, declarou que a gestão de processos de trabalho, com foco nas equipes, tornava-se uma prioridade para os governos, sobretudo, no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, “cujo objetivo é a redução da mortalidade infantil e materna” (MARQUES *apud* BICALHO, 2011). Em sua fala, Helvécio apresentou a RC e a situou dentro do marco das RAS no MS, convocando os gestores presentes a se envolverem em sua operacionalização (BICALHO, 2011). A realização do evento foi um dos diversos momentos em que o MS se aproximou do CONASS para divulgar a RC e, eventualmente, obter a aprovação e angariar o apoio desse Conselho para a política nascente<sup>105</sup>. O mesmo ocorreu com o CONASEMS, de modo que, dias antes do lançamento oficial pela presidenta Dilma, em 28 de março, a RC já contava com o aval das duas instâncias (CASTRO, 2012).

Em maio de 2011, o secretário participou da edição especial “Brasileiras ”do programa “Brasil em Pauta” da TV Brasil, cujo tema se debruçava sobre saúde da mulher. Respondendo perguntas e comentários de ouvintes, o secretário abordou questões gerais sobre a saúde da mulher e também sobre a RC, enfatizando que a proposta vem cobrir lacunas na rede de atenção à mulher nos estados e nos municípios, com o objetivo de trabalhar para que “cada mulher tenha o melhor cuidado possível em todos os sentidos, mas, especialmente, no momento da gravidez e do parto, que é um momento de festa, de alegria e não pode ter nenhum risco” (MAGALHÃES, 2011).

Esther Vilela, por sua vez, em nome do MS, esteve presente também em um programa de televisão (VILELA, 2011a), concedeu entrevista à mídia impressa (VILELA, 2011b) e participou de evento na Câmara dos Deputados (LEMES, 2011). No programa “NBR Entrevista” da TV Brasil, Esther Vilela foi a convidada de Lucia Abreu para falar sobre a Rede Cegonha em maio de 2011. Na apresentação do tema e da entrevistada, ganhou destaque a cifra bilionária que o governo federal reservaria à atenção à saúde de gestantes e de bebês até dois anos de idade. Nessa ocasião, Esther Vilela nomeia como os principais problemas a serem combatidos pela nova política as altas taxas de mortalidade materna e neonatal e a utilização sistemática de práticas não baseadas em evidências científicas na atenção ao parto.

Na entrevista concedida a Conceição Lemes, em abril do mesmo ano, Esther Vilela defende a originalidade da RC, uma vez que esta traz a ferramenta do apoio do MS (herdada do PQM) a estados e municípios visando a mudar o paradigma que baliza a assistência ao parto e ao nascimento. Ao ser questionada sobre a prioridade conferida ao ciclo gravídico-

---

<sup>105</sup> Conferir Nota Técnica CONASS de 24 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-17-2011-Rede-Cegonha.pdf>

puerperal na atenção às mulheres, a coordenadora da ATSM afirma que os índices de mortes evitáveis de mulheres no parto são inaceitáveis e que “para defender os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres nós estamos lançando essa estratégia. A Rede Cegonha não é uma política<sup>106</sup>. É uma engenharia que estamos fazendo para enfrentar essa situação dramática hoje no Brasil que é a mortalidade materna” (VILELA, 2011b).

Interessa pontuar que até o momento, no período compreendido pelas falas elencadas – incluindo Dilma, Padilha, Helvécio e Esther -, a portaria responsável por oficializar a atuação do MS na execução da medida ali prevista, enquanto um ato normativo de valor jurídico pré-estabelecido, ainda não havia sido publicada. Fica evidente que a “vida” de uma política, no caso da RC, não se acha submetida a somente um documento, como a portaria. É por isso que no âmbito dessa pesquisa, vale mapear o terreno que fornece condições de possibilidade para que a política ganhe nome, forma e direção. Ao nos aproximarmos dos atores ligados à política institucional e a órgãos estatais envolvidos na arquitetura da RC, vamos vislumbrando um cenário em que muito foi movimentado publicamente para o apoio e a divulgação da mesma.

No que diz respeito à presidenta, o principal marco de seu engajamento na promoção da RC, em 2011, foi o lançamento oficial da política em 28 de março. No entanto, dias antes do evento em Belo Horizonte, em seu programa de rádio semanal chamado “Café com a presidenta”, Dilma (ROUSSEFF, 2011b) anuncia que a prioridade das ações governamentais voltadas às mulheres é “tratar daquele que é um dos momentos mais marcantes da vida de toda mulher: a maternidade”. E, para atender essa questão, estava em desenvolvimento um “programa” baseado no “atendimento integral das mães e das crianças desde a gravidez, passando pelo parto até chegar ao desenvolvimento do bebê”. Ainda nessa mesma ocasião, a presidenta abordou outras pautas que julga como nós críticos que influenciam nas condições de vida das mulheres brasileiras, tais como, creches e pré-escolas, violência doméstica e câncer de mama e de colo de útero.

No fim do mês, na capital mineira, reuniram-se figuras do alto escalão governamental, como a própria presidenta, dois ministros (Saúde; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior) e três secretárias (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Secretaria de Comunicação Social). Anunciada pela presidenta em março, no assim reconhecido “mês das mulheres”, como um programa de

---

<sup>106</sup> O entendimento de Esther Vilela de que a Rede Cegonha não é uma política não é compartilhado por outros atores que testemunharam esse processo, mesmo aqueles envolvidos com a luta pela humanização do parto e do nascimento. Para Maria do Carmo Leal e Marcos Dias (LEAL *et. al.*, 2019, p. 330), por exemplo, a RC configura um “projeto nacional”, “uma política de governo composta por uma sucessão de iniciativas”.



“expansão do SUS”, a RC tem sua relevância justificada no discurso presidencial a partir da ideia de que “as mães são o princípio da vida, as grandes geradoras e os bebês são o presente e o futuro de um país” (ROUSSEFF, 2011a). Na mesma fala, a presidenta pontua também que “um país começa a medir as suas qualidades no atendimento à saúde pelo serviço que presta às mães e aos bebês” (ROUSSEFF, 2011a), sendo a própria assistência à saúde um marcador significativo das desigualdades presentes no Brasil.

A atenção dedicada à RC por Dilma Rousseff não emerge somente no período de lançamento da política. Como já dissemos anteriormente, funcionários ligados ao gabinete da presidência e ao Ministério da Casa Civil participaram de algumas reuniões de elaboração da RC e, em momentos pontuais ao longo do processo, foram feitas apresentações sobre o projeto exclusivas para a presidenta (CASTRO, 2012). Ainda de acordo com Maria de Castro (2012), era com objetivo de submeter a proposta da RC à avaliação de Dilma – e de funcionários diretamente ligados a ela – que esses encontros aconteciam e foi nesse espaço, por instrução da própria presidenta, que a política deixa de ser uma estratégia localizada, planejada para atender nove regiões metropolitanas e passa a ganhar uma dimensão nacional, a ser implementada em todo o território brasileiro. Além dessa encomenda de alto impacto no projeto que estava sendo cultivado, foi também em uma reunião de apreciação da RC que representantes da Casa Civil determinaram que o desenho das linhas gerais da política deveria estar pronto até março para ser lançado por Dilma no evento em Belo Horizonte, de modo a permitir que a medida constasse do rol das ações dos primeiros 100 dias da nova gestão do governo federal (CASTRO, 2012).

Além do lançamento na capital mineira, a RC também foi tema de um grande evento, organizado pelo MS em parceria com a OPAS, cujo principal objetivo era promover a política, “sensibilizando os atores estratégicos do SUS sobre a necessidade de aprimorar a atenção ao parto e construir alianças estratégicas por meio de estudos científicos e evidências da gestão brasileira e de outros países” (BRASIL, 2015b, p. 5-6). “O Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha – Cada Mulher e Cada Criança Contam” teve a presença de autoridades do governo federal e de órgãos internacionais, como ONU e OPAS. Na mesa de abertura compareceram do MS: o ministro Alexandre Padilha; o chefe da SAS, Helvécio Magalhães; e representantes do CONASEMS e do CNS, João Cândido da Silva e Santinha Tavares, respectivamente. No papel de chefes de Secretarias especiais do governo federal, estiveram Iriny Lopes, da SPM; Terezinha Abigail, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; e Carmem Oliveira, da Secretaria

de Direitos Humanos da Presidência da República. Em nome das agências internacionais: Diego Victoria, da OPAS; Marie Pierre, da Unicef no Brasil; e Harold Robinson, do Fundo de População das Nações Unidas do Brasil. Santinha Tavares ocupava também a cadeira dos movimentos sociais de mulheres, pois representava a Rede Feminista de Saúde.

Na sua fala de abertura, Padilha parabenizou a equipe da SAS pelo esforço na elaboração e implementação da RC (BRASIL, 2015b). Em seguida, se dirigiu às representantes dos movimentos de mulheres presentes ao evento, declarando que considera estes essenciais para “o avanço da democracia, para o fortalecimento cada vez maior da ocupação de espaço na política, na economia e na sociedade” (BRASIL, 2015b, p. 13), incluindo os movimentos de mulheres feministas. O ministro associou a eleição da primeira mulher ao cargo de chefe do Executivo no Brasil a uma janela de oportunidade para que as políticas públicas voltadas às mulheres tivessem *status* prioritário na agenda governamental, a começar pela própria pasta da saúde.

Os representantes das agências internacionais elogiaram a política e ressaltaram, de modo geral, os esforços movidos no sentido de diminuir as taxas de mortalidade materna e neonatal, uma vez que incorpora metas dos ODM nas ações de saúde. Diego Victoria, da OPAS, destacou o compromisso do governo brasileiro com as diretrizes da OMS, visível na proposta imbuída na RC. Marie Pierre, da Unicef, elogiou a RC, lembrando a fala da presidenta Dilma Rousseff no lançamento da política em março, segundo a qual “o país só pode ser medido pela atenção que dá às mães e às crianças” (BRASIL, 2015b, p. 9), de forma a contribuir para que o Brasil alcance, no quadro internacional, o *status* de uma nação que protege a infância.

A ministra Iriny Lopes, da SPM, ressaltou o compromisso assumido por Dilma Rousseff e Alexandre Padilha – quando de suas respectivas posses – de recuperar o PAISM, pontuando que a RC é somente uma parte do conjunto de políticas de saúde voltadas para as mulheres. Falou também sobre o direito da mulher à gestação e ao parto humanizados e da criança ao nascimento seguro. De acordo com o relatório do evento (BRASIL, 2015b), não houve falas oficiais das demais secretarias ali representadas – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Secretaria Especial de Direitos Humanos. No entanto, vale mencionar que tanto o convite quanto a presença das três pastas nos eventos de promoção da RC – lançamento oficial, em Belo Horizonte, e Simpósio Internacional, em Brasília – contribuem para a construção de legitimidade da política ao conferirem-lhe a insígnia de suas bandeiras. Tal demonstração de apoio e validação torna-se ainda mais oportuna diante de

diversas críticas dirigidas à RC por não contemplar apropriadamente a integralidade, a temática do racismo, e dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos<sup>107</sup>.

Por fim, Helvécio Magalhães apresentou a RC como o cumprimento de uma promessa de campanha da presidenta que objetiva enfrentar problemas inadmissíveis “diante de um patamar de desenvolvimento que o Brasil já alcançou” (BRASIL, 2015b, p. 15). O coordenador da SAS detalhou as características da política e o papel dos diferentes entes federativos em sua execução. Dedicou alguns momentos para tratar sobre a relação entre a RC e o paradigma da atenção integral à saúde das mulheres, reconhecendo que a saúde da mulher e a saúde da criança são campos distintos, não equivalentes, porém de “uma intersecção óbvia” entre si (BRASIL, 2015b, p. 15). Nesse mesmo sentido, Helvécio Magalhães (BRASIL, 2015b) retoma uma reunião ocorrida na SAS com o objetivo de discutir o alinhamento estratégico da Secretaria, na qual foi identificado que a RC se coloca de forma “externa” ao paradigma da atenção integral à saúde das mulheres, justificando-se pelos “intoleráveis” níveis de mortalidade infantil. No que concerne à atenção integral às mulheres, o secretário citou o cuidado com neoplasias, “doenças próprias do campo ginecológico” e doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2015b, p. 16).

Cabe ainda mencionar a preocupação do secretário da SAS com um outro objetivo da RC: a mudança do modelo de atenção ao parto e ao nascimento. Para Helvécio Magalhães, no que se refere à atenção ao parto, “deixamos de utilizar práticas saudáveis para usar outras que têm pouco a ver com a garantia de defesa da vida, de felicidade e saúde das mulheres e crianças” (BRASIL, 2015b, p. 17). Os altos índices de cesariana foram citados como exemplo da disseminação de práticas não alinhadas com a diretriz da humanização, uma vez que responderiam, segundo ele, a questões de ordem econômica e de “bem-estar de alguns médicos” (BRASIL, 2015b, p. 19). De modo a enfrentar esse cenário, o secretário defendeu que o MS passasse a adotar e divulgar as boas práticas para atenção ao parto como paradigma da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, com base no conhecimento produzido e acumulado a partir de um debate já existente no país, que seria expandido em conjunto com sociedades profissionais especializadas e movimentos sociais.

As atividades seguintes do Simpósio se resumiram a uma apresentação sobre o PQM e sua relação com a RC, um painel de experiências exitosas do SUS na assistência a gestantes e crianças até dois anos, um debate com os representantes das agências internacionais sobre mortalidade materna – no qual os ODM foram o tema central – e a realização de grupos de

---

<sup>107</sup> Conferir: CLAM, 2011; OLIVEIRA, 2016; RFS, 2011a; WERNECK, 2012.

trabalho para discussão e esboço de um plano de ações consensuais com estratégias para a implementação da RC nos estados e municípios. Reconhecido pela OPAS (2011) como um momento de “aprimoramento da atenção materno infantil baseada em evidências”, a programação e o público-alvo do Simpósio – gestores do SUS – fazem ver o esforço do MS em conferir legitimidade à política e trabalhar no sentido da mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, buscando engajar diferentes atores ao longo do processo.

O percurso narrado até aqui indica um cenário no qual uma proposta de política de saúde inicialmente regionalizada ocupa espaço na agenda da presidenta e de outros ministérios além da saúde, como a Casa Civil – uma pasta diretamente ligada à presidência e de grande influência na condução do Poder Executivo. Ana Pimentel (2014) conta que, no que concerne ao MS, fazia parte da agenda do ministro Alexandre Padilha o monitoramento quinzenal das atualizações sobre o projeto da RC. Sendo assim, o envolvimento desses importantes atores na formulação da política nos permite compreender a RC como uma medida de valor significativo para os quadros do chamado alto escalão do governo à época, permanecendo em suas agendas durante todo o período de formulação. Configurando-se, portanto, como Padilha (2011) anunciou em seu discurso de posse: “um grande compromisso de nossa área de atenção à saúde”.

Se a ideia de uma política voltada para pré-natal, parto e pós-parto já tinha sido declarada por Dilma Rousseff antes mesmo de sua posse quando, no ano anterior, em passagem pela capital fluminense, conheceu o programa Cegonha Carioca, isso significa que a escolha pelo nome e pela abordagem mais geral da política se deu ainda em campanha eleitoral. De acordo com Teliá Negrão (2011a), a visita ao Rio de Janeiro marca a decisão de Dilma, em conjunto com sua equipe, por implementar uma política destinada à gestação e ao parto.

### **7.2.1. Negociações político-partidárias em torno do útero**

Segundo relato de Dario Pasche (2014), diante da polêmica gerada na corrida eleitoral em torno do aborto, a discussão sobre o PQM foi levada até a coordenação da candidatura de Dilma Rousseff e recebida com interesse. Logo depois, em uma reunião geral, Sônia Lansky – médica, integrante da Rehuna e colaboradora do MS para o PQM – “apresenta a ideia de uma rede de cuidados para mulheres e crianças à Dilma, que estava produzindo seu cardápio de ofertas. Nessa conversa, a ideia ganha uma marca, a Rede Cegonha” (PASCHE, 2014, p. 447). O anúncio ao público da RC como uma promessa de campanha foi feito ainda no

primeiro turno das eleições, em uma coletiva de imprensa, tendo surgido novamente no segundo turno em propagandas eleitorais (PIMENTEL, 2014).

A corrida eleitoral de 2010 foi especialmente atravessada por um debate que girou em torno dos direitos reprodutivos das mulheres, sobretudo o aborto (CARVALHO, 2017; DINIZ, 2012; NEGRÃO, 2011a). Teliá Negrão (2011a) afirma que, cientes da posição favorável de Dilma ao aborto, outros presidentiáveis passaram a insistir no tema, contando com um possível aumento de rejeição da candidatura de Dilma pelos setores religiosos e conservadores do país. Tal situação, porém, já se avizinhava no início do período oficial de propaganda eleitoral, quando Dilma publicou uma “Carta ao povo de Deus”, cujo conteúdo versava sobre a defesa da família entre as prioridades do projeto de governo (TOITIO, 2017). No decorrer da campanha, Layla Carvalho (2017) aponta como um dos pontos altos dessa controvérsia, o debate eleitoral promovido pela Comissão Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), em setembro de 2010, onde foram levantados os temas do aborto e da união civil homoafetiva.

Diante da crescente repercussão dessa polêmica – que passou a ser chamada de “guerra santa”<sup>108</sup> -, diversos candidatos vieram a público anunciando posição contrária ao aborto. O candidato do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), José Serra – com quem Dilma Rousseff disputou o segundo turno -, distribuiu panfletos com imagens e referências bíblicas, posicionou-se fortemente contra o aborto e participou de uma cerimônia católica na Basílica de Nossa Senhora Aparecida, no estado de São Paulo, onde posou para fotografias junto de sua esposa, Mônica Serra, e prometeu ações voltadas para a defesa das crianças em seu governo, caso fosse eleito (D’AGOSTINO, 2010).

Dilma Rousseff, por sua vez, escreveu e publicou uma nova carta, intitulada “Mensagem da Dilma” (ROUSSEFF *apud* BONIN, 2010), na qual assume diversos compromissos, caso saísse vitoriosa das eleições, entre eles: defender a liberdade religiosa; defender a manutenção da legislação atual (à época) do aborto; não tomar “a iniciativa de propor alterações de pontos que tratem da legislação do aborto e de outros temas concernentes à família”; não “promover nenhuma iniciativa que afronte a família”; e revisar o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos<sup>109</sup>. Ainda na carta pública, valendo-se de citações bíblicas, a

---

<sup>108</sup> Conferir: DEUS, valores e defesa da vida marcam volta à TV, 2010; DORETTO, FREITAS, PINHEIRO, 2012; EM BUSCA do voto cristão, 2010.

<sup>109</sup> O 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (3º PNDH) foi publicado em 2009, na gestão de Lula, e produzido por meio de amplo debate com participação social. O 3º PNDH compreendia diversos eixos com diretrizes e ações programáticas que implicavam transversalidade entre ministérios, englobando áreas não contempladas pelos PNDHs prévios. Foram incluídas propostas como: a descriminalização do aborto; o reconhecimento de todas as configurações familiares; a documentação da ditadura; expansão da reforma agrária;

candidata denuncia o que chamou de “boatos” sobre seus posicionamentos e valores, que teriam o intuito de enfraquecer sua imagem, fazendo com que votos fossem perdidos.

A aproximação entre Dilma e setores conservadores e religiosos se deu também na composição de sua própria equipe durante a corrida presidencial com a presença de figuras diretamente vinculadas a igrejas, como foi o caso do deputado Manoel Ferreira, líder religioso em uma igreja neopentecostal brasileira e um dos coordenadores da campanha da candidata. O maior aprofundamento no percurso da candidata do PT impõe-se à pesquisa, pois uma vez eleita, Dilma materializaria em sua gestão a proposta da RC. Cabe registrar que a aliança entre políticos e partidos com setores religiosos não foi inaugurada na campanha em discussão<sup>110</sup>, tampouco por Dilma Rousseff, uma vez que o envolvimento de figuras religiosas em pleitos eleitorais é uma prática sistemática no Brasil e, considerando a recente história do Estado brasileiro, pode ser vista no período de redemocratização que teve início na década de 1980 (MACHADO, 2012).

A forte presença de uma agenda eleitoral conservadora, cujas ênfases recaíam sobre a manutenção da criminalização do aborto voluntário, a noção de vida desde a concepção, de proteção da família e de preservação da moral, conecta-se à RC na medida em que o anúncio desta é feito ainda em campanha, ou seja, em plena “guerra santa”. Ana Pimentel (2014), Telia Negrão (2011a) e Layla Carvalho (2017) lembram que a equipe de *marketing* da campanha eleitoral de Dilma viu na proposta da política uma oportunidade de garantir o apoio de setores conservadores que estavam hesitantes diante da polêmica gerada. De acordo com Telia Negrão (2011a), o fortalecimento da perspectiva materno-infantil por sobre a perspectiva da atenção integral às mulheres no desenho da RC faz-se ver, durante a campanha eleitoral, como uma tendência que teria como um dos efeitos o retrocesso de trinta anos nas políticas de saúde voltadas às mulheres no país.

As reverberações desse cenário se fizeram sentir no ano seguinte, na formulação e na promoção da RC. Maria de Castro (2012) relata que determinados assuntos foram tratados como tabus ao longo dos encontros para elaboração da política. Segundo a pesquisadora, o próprio nome da política constava entre os pontos polêmicos, junto com o tema do aborto. Em diversos momentos onde questões relacionadas a ambos foram levantadas, houve desconforto e mal estar entre os presentes, e as respostas, invariavelmente, indicaram a impossibilidade de problematização por uma decisão “superior” – originada nos altos escalões do governo – já

---

e a inclusão dos direitos ambientais no campo dos direitos humanos (BRASIL, 2009d). De acordo com Maria Machado (2012), diferentes setores da sociedade reagiram negativamente ao conteúdo do 3º PNDH, entre os quais, militares, ruralistas, religiosos e empresários, de forma que ecos dessa polêmica alimentariam a cena eleitoral de 2010.

<sup>110</sup> Sobre a aliança entre política partidária e instituições religiosas, conferir: MACHADO, 2006.

tomada (CASTRO, 2012). Ou seja, sequer no espaço do MS o tema pôde ser debatido com profundidade por profissionais especializados, sob pena de negligenciar uma das principais causas de morte materna evitável e também uma pauta cara ao movimento feminista brasileiro.

No que concerne à promoção da RC, o compromisso firmado com a frente conservadora manifestou-se, por exemplo, na oficina de apresentação da política, em março, e no evento organizado pela Frente Parlamentar da Vida Contra o Aborto, em abril. Promovida pelo MS com o intuito de apresentar os contornos gerais da política, a oficina reuniu agências governamentais, órgãos da ONU, representantes do CNDM e do CNS, movimento feminista e membros da Pastoral da Criança da CNBB. Sobre essa ocasião, Telia Negrão (2011a) afirma que a presença da CNBB demonstra a “capacidade desses setores de influírem na política pública”. Já Fátima Oliveira (OLIVEIRA *apud* CLAM, 2011) vê na presença da entidade “uma deferência à retomada da visão da saúde materno-infantil, que tem o apoio irrestrito do Vaticano em uma visão de santificação da maternidade e de satanização das mulheres”.

Em abril, teve lugar o “IV Encontro brasileiro de governantes e legisladores pela vida” na Câmara dos Deputados, em Brasília. Promovido pela “Frente Parlamentar em Defesa da Vida – Contra o Aborto”, criada em 2005, o evento reuniu governadores, deputados estaduais, prefeitos e vereadores (BRASIL, 2011d). Foram convidados também o ministro da saúde, Alexandre Padilha, e entidades e coletivos simpáticos à causa levantada pela Frente, que à época contava com a adesão de 205 deputados e senadores (BRASIL, 2011e). Entre as pautas do encontro estavam a defesa da ideia de vida desde a concepção e a articulação política regional para o fortalecimento da causa. Na cerimônia de abertura, o deputado Salvador Zimbaldi, do PDT (Partido Democrático Trabalhista) de São Paulo, oficializou o relançamento da Frente e reafirmou os compromissos, entre os quais, a mobilização em prol da aprovação do Estatuto do Nascituro (PL 478/07)<sup>111</sup>, a grande prioridade do grupo (BRASIL, 2011e). Zimbaldi ainda comemorou “uma das principais vitórias do grupo”: o arquivamento do Projeto de Lei 1135/91, que tratava sobre a descriminalização do aborto no Brasil.

O vice-presidente da Frente, deputado Odair Cunha do PT, abordou a RC, defendendo que estados e municípios se engajassem na implementação das medidas, uma vez que, segundo o deputado, “o programa coincide com as políticas defendidas pela Frente e constitui uma ação afirmativa em defesa da vida” (BRASIL, 2011f). Conceição Lemes (2011) afirma

---

<sup>111</sup> O PL 478/07, conhecido como Estatuto do Nascituro foi apresentado pelo deputado Luiz Bassuma (PT) em 2007, na Câmara dos Deputados, e busca conferir personalidade jurídica a fetos, propondo a noção de vida desde a concepção.

que, antes da realização do IV Encontro, especulava-se que nenhum integrante do MS estaria presente no evento, no entanto, Esther Vilela compareceu como representante da Área Técnica de Saúde da Mulher e coordenadora da Rede Cegonha.

Em sua fala, Esther Vilela apresentou um panorama geral das ações previstas pela RC, enfatizando o direito da mulher à assistência humanizada na gravidez, parto e pós-parto, por um lado, e, por outro, da criança ao nascimento seguro e crescimento saudável (BRASIL, 2011d). Sobre sua participação no Encontro, a coordenadora da ATSM afirmou que apresentar a RC era a prioridade, uma vez que “como governo, temos que dialogar com todos os setores que desejam conhecer a estratégia”, pois, segundo ela, o diálogo seria “parte da estratégia para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças” (VILELA *apud* CLAM, 2011).

A presença do MS em um encontro com contornos religiosos foi problematizada por mulheres ligadas a movimentos feministas, como Telia Negrão:

Uma representante do governo não deveria dialogar com setores contrários aos Direitos Humanos a não ser com o intuito de afirmar que os direitos sexuais e reprodutivos são paradigmas assumidos pelo Ministério da Saúde. O encontro fere o caráter laico das políticas públicas e torcemos para que não seja uma aproximação do governo com setores que são contra o caráter republicano do Brasil (NEGRÃO *apud* CLAM, 2011).

As críticas levantadas por mulheres do movimento feminista mencionam, direta ou indiretamente, a absorção do discurso contra o aborto que se coaduna a uma perspectiva conservadora a respeito da mulher e de seus direitos – manifestada com intensidade na campanha eleitoral de 2010 – no teor das políticas de saúde, sobretudo a RC. Desde a presença da CNBB na oficina de apresentação da RC, até a participação de Esther Vilela no IV Encontro pela vida, as articulações operadas pelo MS parecem ser compreendidas pelos movimentos feministas como um fortalecimento e uma legitimação dessa agenda conservadora. Sobre isso, Jurema Werneck (2012) é categórica: “eu não sei se o governo federal está baixando a cabeça para os setores ultraconservadores, se está derrotado, satisfeito e confortável nessa aliança, mas que está chocando o ovo da serpente, está”.

Diante das cenas narradas, podemos compreender que, além do cargo de chefe do Executivo, o que estava em disputa na campanha eleitoral era a validade e o potencial de mobilização de um discurso. Na “guerra santa” pouco se discutiu sobre as ocorrências de aborto no Brasil ou sobre a conjugalidade homossexual. Pelo contrário, o debate percorreu campos superficiais de opinião pública, onde o que se colocava em pauta era se tais práticas seriam condenáveis ou não, aceitáveis ou não. E mais do que isso: quem teria voz e vez nesse



debate. Sobre isso, a antropóloga e pesquisadora Debora Diniz<sup>112</sup> (2010) aponta que a abordagem privilegiada foi a religiosa e moral, “em detrimento da saúde pública e direitos humanos das mulheres”, configurando um cenário onde

As concessões políticas feitas pelos candidatos devem ser consideradas ameaças democráticas, pois indicam a força das religiões no espaço público. Não é o tema do aborto e a saúde das mulheres o que está sendo discutido, mas se as plataformas religiosas devem regular ou não a sexualidade e a reprodução das mulheres (DINIZ, 2010).

A sobreposição de temas historicamente privilegiados nas eleições presidenciais brasileiras, como economia e saúde, por uma agenda de valores morais com forte presença de organismos religiosos como a CNBB, parece dar o tom não só da campanha de 2010, mas também do programa de governo. E, como temos visto, parece dar o tom do debate público de toda a década e além. A influência dos setores religiosos nas diretrizes do governo federal põe em xeque o princípio de laicidade do Estado ao tornar possível a alteração de um plano de governo em função da pressão orquestrada por lideranças religiosas. Para Debora Diniz (2010), esse é “um sinal claro do quanto o Estado brasileiro é frágil frente ao poder das religiões no espaço público”. E no caso da campanha de 2010, a fragilidade foi explorada a partir da produção de uma polêmica sobre direitos reprodutivos das mulheres e da liberdade sexual: “o que se percebeu nesse último pleito foi a reconfiguração da política dos segmentos religiosos e, mais especificamente, a politização reativa à agenda dos movimentos feministas e LGBT [Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais]” (MACHADO, 2012, p. 49).

Por fim, trataremos sobre a relação entre o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e a Rede Cegonha. Ao longo de todo o ano de 2011, a RC foi debatida em reuniões ordinárias do CNDM apenas em dois momentos, ou seja, em um terço dos encontros ocorridos naquele ano. Na primeira ocasião, em maio, o tema foi incluído na pauta para que a política fosse apresentada pela ATSM e discutida pelas participantes daquele encontro, porém, na ata não consta nenhuma menção à realização dessa atividade (BRASIL, 2011g). Nessa data, tomaram posse as novas conselheiras e houve uma rodada de apresentação de cada uma delas. A ministra da SPM, Iriny Lopes, esteve presente, assim como Esther Vilela,

---

<sup>112</sup> Debora Diniz formou-se em antropologia pela Universidade de Brasília, onde atua como professora desde 2004. É também pesquisadora vinculada ao Instituto de Bioética Anís. Trabalhando com os temas bioética, feminismo, direitos humanos e saúde, Debora Diniz tem uma larga produção acadêmica e também cinematográfica, atuando como diretora. Participou das audiências sobre a descriminalização do aborto promovidas pelo Superior Tribunal Federal (STF) em 2018, e, desde então, sofre ameaças e violências que levaram a seu exílio do Brasil.

representando o MS e a ATSM. No encontro seguinte do Conselho, em agosto, a RC estaria na pauta novamente, sendo, dessa vez, debatida pelas conselheiras.

Em 25 de agosto, a primeira pessoa a mencionar a política é Esther Vilela, com a intenção de compartilhar um breve informe sobre a RC – que à época já estava publicada (BRASIL, 2011h). A coordenadora da ATSM definiu a RC como uma “estratégia para a garantia dos direitos das mulheres” e também para o enfrentamento da mortalidade materna. Esther Vilela ainda explanou sobre a regionalização da política e o desafio imposto ao MS de modificar o modelo de atenção. Mais adiante, no momento reservado ao debate, Estela Aquino – representante da Abrasco no CDN – expressa preocupação com as propostas da RC, na medida em que esta pode contribuir para que o Brasil alcance “metas em relação à infância, mas não em relação às mulheres”, ainda que a medida aborde questões relevantes. Por fim, Estela Aquino assevera: “não se pode falar em saúde pública sem falar em aborto”, tocando em um ponto nevrálgico da RC, tanto para o movimento feminista – haja vista a histórica militância sobre o tema -, quanto para a equipe do governo – considerando o tabu conferido ao aborto nas eleições e o conseqüente compromisso firmado com os setores conservadores de não avançar nessa pauta.

Após Estela Aquino, é Rosa de Lourdes<sup>113</sup> – representando a RFS – quem toca no assunto da RC (BRASIL, 2011h). Rosa de Lourdes entende que, uma vez que a política aborda apenas uma fase da vida das mulheres, torna-se necessário o esforço de elaborar ações que contemplem as demais fases. Maria do Espírito Santo (Santinha) – do Conselho Nacional de Saúde – reconhece a importância dos ODM, porém reafirma a integralidade como conceito norteador e a PNAISM como marco de política de saúde para as mulheres. Encerrando a discussão sobre a RC, Lurdinha Rodrigues<sup>114</sup> – também do Conselho Nacional de Saúde – reitera a defesa da PNAISM e questiona a falta de diálogo em um momento tão crítico no país, considerando o avanço do conservadorismo sobre temas relativos à saúde das mulheres. Sobre isso, cabe relembrar que a primeira menção à RC na CNDM é em maio, ou seja, dois meses após o lançamento oficial da política pela presidenta, sendo que a discussão sobre o tema aconteceria dali a três meses ainda, em agosto, quando a portaria já se encontrava publicada. Novamente o convite do MS para dialogar sobre a RC com a sociedade civil parece se limitar

---

<sup>113</sup> Rosa de Lourdes é assistente social, doutora em saúde pública e militante feminista. Integra a Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, onde já ocupou o cargo de coordenadora regional. Já fez parte também da coordenação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

<sup>114</sup> Lurdinha Rodrigues foi uma ativista feminista, lésbica e pelos direitos humanos. Atuou em cargos vinculados ao Estado, na coordenação geral de Diversidade, da SPM e no Conselho Nacional de Saúde. Integrou também a luta contra o regime autoritário da ditadura brasileira.

ao enquadre de um painel informativo, ou quiçá, de uma ouvidoria. Ou seja, muito aquém do que a participação social em todo o ciclo de vida das políticas e em todos os níveis de governo pode oferecer.

À exceção da fala de Esther Vilela, notamos que o debate sobre a RC no CNDM reverbera críticas à política já conhecidas pelo MS ao menos desde março: a ênfase na gestação; o enfraquecimento da perspectiva da integralidade na saúde da mulher e, conseqüentemente, da PNAISM; a não inclusão dos movimentos sociais feministas na formulação da política; e a negociação dos direitos reprodutivos e sexuais com setores conservadores da sociedade em troca de apoio político (cuja vida útil se mostraria fugaz, haja vista o golpe sofrido pela presidenta em 2016). Considerando a especificidade do CNDM como um órgão vinculado ao governo federal, mas habitado pela sociedade civil – especialmente por movimentos de mulheres e feministas –, a denúncia feita por Lurdinha Rodrigues indicando ausência de diálogo no tocante à formulação de políticas públicas por parte do MS pode ser considerada um importante analisador da agenda à qual responde a RC.

Se as atas (BRASIL, 2011g, 2011h) revelam que o CNDM não foi incluído na elaboração das propostas que viriam a compor a RC, o processo narrado até aqui indica que outros espaços de exercício de participação social por excelência, como o CNS e a CISMU, também não participaram da construção da política. Como vimos na subseção sobre os movimentos sociais, tampouco organizações de mulheres foram convidadas a integrar sistematicamente o processo de elaboração da RC. Para Fátima Oliveira (2011b) o comportamento adotado pelo governo federal, especialmente o MS e a ATSM, no episódio da RC demonstra um desprezo do patrimônio substancial conquistado por movimentos sociais e profissionais da área da saúde no que tange à saúde integral das mulheres, de forma que a ativista questiona:

Como pode o MS não buscar uma rota real de diálogo? É hora de ouvidos afinados e olho no olho, com humildade republicana, sem empáfias. Se pessoas e instituições “amigas do governo” não são consideradas naquilo em que mais podem contribuir, estão querendo sinalizar o quê?

A passagem pelo contexto do envolvimento de atores institucionais do governo com a RC nos permite o encontro com uma cena povoada por interesses múltiplos, na qual a saúde da mulher pareceu funcionar como termo em disputa e os corpos das mulheres como “moeda eleitoral”, tal qual asseverou Fátima Oliveira (2012b). Ao mesmo tempo, é possível vislumbrar que, para agentes do governo conectados aos movimentos pela humanização do parto e do nascimento, esse cenário foi percebido como uma oportunidade de avançar sua agenda.

A RC, além dos objetivos descritos na portaria, parece ter incorporado, afinal, a missão de cumprir uma promessa de campanha feita em um cenário onde se tentou dissipar o debate sobre feminismo e aborto, ao assumir acordo com grupos religiosos conservadores negociando questões referentes à saúde da mulher. Como vimos, alguns pontos como o aborto e o nome da política não estavam abertos ao debate nem mesmo dentro do MS. Menos espaço formal e sistemático ainda parece ter sido conferido à presença da sociedade civil organizada. De modo que a fala do “compromisso assumido com a RC” tantas vezes evocada por agentes do governo nos faz questionar: de que compromisso falam? E com quem se comprometeram?

### **7.3. Produção de evidências e de lacunas no campo da saúde da mulher**

O último eixo de análise da Rede Cegonha corresponde ao estudo das relações tecidas entre academia e órgãos do governo, com intuito de identificar a intersecção entre produção de conhecimento acadêmico e científico e processos de formulação de políticas públicas de saúde. Enveredar por esse território significa encontrar com a múltipla vinculação dos atores que integram as instituições observadas, uma vez que ativistas pela Rehuna eram, simultaneamente, ativistas por outras organizações, trabalhadoras do MS, pesquisadoras ou docentes em universidades públicas, por exemplo. Nesse percurso também faremos uma passagem pelo investimento financeiro em pesquisas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde, especialmente aquelas registradas no campo de saúde da mulher. Por fim, trataremos sobre a Avaliação da Rede Cegonha conduzida em 2016 pelo MS em parceria com a Fiocruz e a Universidade Federal do Maranhão.

Considerando a portaria 1.459, não há previsão de investimento direto em produção de conhecimento científico relacionado às diretrizes da Rede Cegonha. Tampouco no “Manual prático para a implementação da Rede Cegonha” (BRASIL, 2011b) é mencionado aos gestores algum tipo de interlocução com universidades e instituições de ensino e pesquisa. No entanto, ao analisar o cenário de formulação da referida política pública, nos deparamos com uma dinâmica cujos campos se entrecruzam através do trânsito dos atores entre movimento social, órgãos administrativos do governo e Academia.

Ao nos aproximarmos dos movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento, pudemos ver que um dos principais eixos de sua narrativa reside na afirmação do discurso científico como balizador das práticas em saúde, sobretudo aquele produzido a partir de estudos

de efetividade e de eficácia. O conhecimento baseado em evidências científicas aplicado à saúde tornou-se uma das mais importantes bandeiras também da Rehuna, possibilitando uma modalidade de ação assentada mais a partir de uma ideia de recomendação de práticas consideradas desejáveis do que a partir de uma crítica direta ou de uma criminalização das práticas inapropriadas (DINIZ *et. al.*, 2018). O lugar central desempenhado pelo conhecimento baseado em evidências científicas na agenda da Rehuna fez com que o desenvolvimento desse tema fosse uma das contribuições mais visíveis do movimento social à área da saúde (DINIZ, 2005; DINIZ *et. al.*, 2018; RATTNER, SANTOS, LESSA, DINIZ, 2010).

A dedicação à produção de dados cientificamente validados e capazes de apoiar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento pode ser vista no compromisso com a produção e divulgação de conhecimento nessa área por parte de pesquisadoras e professoras que integravam também a Rehuna. A título de exemplo, convém citar o termo de cooperação técnica entre a Rehuna e o Departamento de Saúde Materno Infantil<sup>115</sup> da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e os acordos de parceria com a Fiocruz e com faculdades de enfermagem no Rio de Janeiro, cujo legado consiste na realização de reuniões temáticas, eventos e seminários, nacionais e internacionais, a fim de tratar de assuntos sensíveis à humanização do parto e nascimento, mobilizando professores, alunos e público em geral (RATTNER, SANTOS, LESSA, DINIZ, 2010).

Outra manifestação do reconhecimento e da promoção do tema das evidências científicas na saúde no Brasil é a adesão à iniciativa da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet), em 2007, por meio de uma parceria entre OPAS e MS – no qual o Decit exerceu função destacada. A EVIPNet produziu diversas sínteses de evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão de formuladores de políticas, gestores e profissionais, procurando estimular o uso de dados científicos obtidos por meio de métodos sistemáticos de pesquisa no contexto da saúde (BRASIL, 2014c). Alguns dos assuntos contemplados pelos documentos foram: acidentes de trânsito, doença falciforme, cardiopatias congênitas, desenvolvimento da primeira infância e mortalidade perinatal.

Foram lançadas duas edições de sínteses de evidências científicas sobre mortalidade perinatal (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013c), entre 2012 e 2013, produzidas pelo Decit, que merecem breve destaque, uma vez que incorporam diversas medidas previstas no desenho da RC, assim como na agenda dos movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento. A justificativa das ações baseia-se nas altas taxas de mortalidade perinatal – sobretudo

---

<sup>115</sup> Desde 2016, renomeado “Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade”.

levando em conta a significativa quantia de mortes evitáveis que compõem esse dado – e nas metas dos ODM que prevêm a redução da mortalidade infantil. Os textos recuperam políticas voltadas ao tema, entre elas o Plano de Humanização de Parto e Nascimento, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal e a própria RC.

Ao longo de ambos os documentos, são citados autores consagrados do campo da saúde materno-infantil, tais como: Sônia Lansky, José Villar, Justus Hofmeyr e Ellen Hodnett. Ainda que o foco seja a saúde do recém-nascido, faz-se presente o esforço em afirmar o direito da mulher gestante à atenção humanizada ao parto, o uso criterioso de técnicas e instrumentos no parto (analgésia, fórceps, entre outros), o direito a um acompanhante e a garantia do acesso logístico à maternidade. As estratégias ofertadas a gestores e profissionais pelas Sínteses intencionam impactar positivamente a qualidade da atenção a gestação, parto e puerpério, compreendendo que esse é um fator preponderante para a redução da mortalidade perinatal (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013c).

O investimento em produção de conhecimento científico para aplicação na área da saúde também se deu através do estabelecimento de uma agenda de pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde ainda em 2011. Intitulado “Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS”, o documento contém a listagem de dezesseis objetivos estratégicos que compõem as prioridades de pesquisa científica e tecnológica, visando a fomentar uma “cultura de buscar evidências entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde” (BRASIL, 2011i, p. 11). As metas da agenda são o fortalecimento do complexo industrial de ciência, tecnologia e inovação em saúde e a garantia de acesso com qualidade em tempo oportuno aos usuários de serviços de saúde. Nesse sentido, a pesquisa científica e tecnológica é afirmada pelo texto como parte integrante do sistema de saúde, sendo necessária a articulação entre ações de saúde com o projeto de desenvolvimento econômico e social do país (BRASIL, 2011i).

Construída no primeiro semestre de 2011, através de um trabalho conjunto entre MS, Anvisa, ANS e Fiocruz, a PESS incorporou temas que refletissem “as necessidades de pesquisa do gestor federal” (BRASIL, 2011i, p. 11), envolvendo as iniciativas do QualiSUS – Rede<sup>116</sup> e do Proadi<sup>117</sup>, no âmbito do Plano Plurianual de 2012 a 2015. Os critérios adotados para a seleção dos objetivos estratégicos foram inspirados em “experiências internacionais” e

---

<sup>116</sup> O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS – Rede) é um programa criado em 2011 pelo Ministério da Saúde por meio do qual, em parceria com estados e municípios, busca apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

<sup>117</sup> O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), concebido em 2009, destina-se a incentivar hospitais privados considerados sem fins lucrativos a elaborarem projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS.

no processo brasileiro da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) – cujo legado a PESS afirma não desejar suplantar, ainda que se imponha sobre ele.

A legitimidade da agenda é garantida pelo documento a partir da participação da Anvisa, da ANS, da Fiocruz e das diversas secretarias que compõem o MS, assim como da aprovação do texto pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em vista disso, o PESS é compreendido como fruto de um “processo interativo e consensual”, responsável por conferir “transparência e credibilidade” à agenda (BRASIL, 2011i, p. 15). No entanto, faz-se necessário observar que a aproximação feita em relação à instância participativa do CNS restringiu-se à submissão dos temas prioritários à aprovação pelo Conselho, fazendo com que o envolvimento de representantes da sociedade civil no processo da PESS não atingisse a sua elaboração.

A ANPPS é reconhecida, pelo documento (BRASIL, 2011i), como a primeira iniciativa de sistematização de temas prioritários de pesquisa em saúde e uma ferramenta importante na distribuição de fomento ao desenvolvimento de ciência e tecnologia no país. O contraponto do documento entre a PESS e a ANPPS vem a partir de um entendimento de que esta “não aponta prioridades”, tendo oferecido somente um conjunto de linhas de pesquisa relacionadas aos campos do conhecimento em saúde, o que delegou aos gestores a tarefa de eleger as demandas urgentes (BRASIL, 2011i, p. 14). Diante disso, a PESS viria não só complementar o já exposto pela ANPPS, mas principalmente “direcionar os recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisa articulados com os objetivos estratégicos da atual gestão” (BRASIL, 2011i, p. 11).

Ao relembrar a narrativa sobre a elaboração da ANPPS que tomou lugar no capítulo anterior sobre a PNAISM, vislumbramos uma experiência que envolveu organização de comitês, grupos de trabalho, consulta pública, um seminário e uma conferência nacional, incluindo a participação de conselhos de saúde, instituições de ensino e pesquisa, movimentos sociais, profissionais de saúde e formuladores de políticas (BRASIL, 2005d). Esse processo que contabilizou o envolvimento de quinze mil pessoas na construção e aprovação da ANPPS – assim como da própria Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – se deu em um cenário habitado por uma significativa diversidade de atores buscando imprimir na ANPPS os interesses e as urgências que lhes eram caras.

A ANPPS define-se como um guia de temas prioritários para a pesquisa científica e tecnológica na interface com a saúde, caracterizando-se como um instrumento de gestão do MS na indução de conhecimento científico (AKERMAN, FISCHER, 2014; BRASIL, 2006c). O destaque dado pela PESS às necessidades de pesquisa da gestão federal pode indicar um

dos pontos que a distingue da ANPPS, visto que grande parte dos atores envolvidos no processo de elaboração da primeira localizam-se no núcleo federal de gestão da saúde, mais próximos à equipe que havia recém-assumido os cargos de trabalho no MS. Outro ponto importante que diferencia os dois documentos é o fato de a PESS definir as prioridades de pesquisa a partir das diretrizes contidas no Plano Plurianual de 2012 a 2015, em diálogo com o QualiSUS e o Proadi. A relevância da nova equipe de governo aparece no documento da PESS quando este menciona, por exemplo, que um dos desafios a serem cumpridos é garantir recursos financeiros para temas de pesquisa alinhados com os objetivos para a área da saúde da “atual gestão” (BRASIL, 2011i).

Sendo assim, podemos concluir que a afirmação contida no documento da PESS parece tentar marcar uma diferença entre as propostas de forma que seja possível um destacamento da PESS em relação à ANPPS. Vale registrar que o caminho escolhido pela equipe de governo aponta para a elaboração de uma proposta alternativa – ao contrário de, por exemplo, dar continuidade à ANPPS por meio da edição de uma versão atualizada –, o que pode ser visto como mais um elemento a reforçar a intenção de produzir uma distinção entre instrumentos de governo e também entre as próprias gestões. A publicação de uma nova sistematização de prioridades de pesquisa demonstra a relevância que a questão guardava para a equipe de governo, no sentido de disputar os problemas de pesquisa e, portanto, a produção de conhecimento científico na área da saúde.

Uma vez que toma como ponto de partida as diretrizes do PPA, os objetivos estratégicos da PESS são organizados de modo a contemplar questões mais próximas à área de avaliação, gestão e planejamento em saúde, entre elas: estudos sobre as redes de atenção à saúde, instrumentos de execução direta e regulação da saúde suplementar. Tal configuração faz da PESS um instrumento de gestão mais objetivo e preciso, em comparação com a ANPPS, que foi sistematizada a partir de demandas não só da gestão, mas também da assistência, da sociedade civil organizada e da Academia. Ou seja, configura-se como um movimento do MS pelo qual este tenta incidir sua agenda sobre as instituições de pesquisa, fazendo encomendas mais explícitas e específicas.

Entre os dezesseis objetivos estratégicos da PESS, o terceiro é dedicado à RC, cuja meta consiste em “promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade” (BRASIL, 2011i). Os temas prioritários para as pesquisas no âmbito desse objetivo incluem estudos sobre: organização da Atenção Básica; avaliação de vacinas e medicamentos;



enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes; avaliação de ações relativas à situação alimentar e nutricional de gestantes e crianças indígenas; causas da mortalidade materna e neonatal em populações indígenas; desenvolvimento de metodologias para avaliação das redes de atenção à saúde; vigilância de malformações congênitas e doenças genéticas; e avaliação da implantação da Rede Cegonha e sua efetividade na mudança de modelo de atenção à gestação, parto e nascimento.

Diante do rol temático abarcado pelo objetivo voltado à RC, vale destacar dois pontos: o primeiro diz respeito ao espaço ocupado com questões relativas às redes de atenção à saúde, notadamente em referência à estratégia da RAS; ao passo que o segundo se refere ao interesse em identificar se houve adoção do novo modelo de atenção a parto e nascimento no sistema de saúde. Além de fazerem referência direta a dois de três objetivos da portaria 1.459, da Rede Cegonha, os pontos sinalizados reforçam a intenção do MS em concentrar esforços na gestação e na saúde das crianças, sobretudo se considerarmos que não há na PESS nenhum outro objetivo estratégico que se ocupe exclusivamente de outros aspectos da saúde da mulher. Portanto, mesmo alguns pontos mais desenvolvidos pela portaria da RC, tais como planejamento reprodutivo e DSTs, não estão manifestados na agenda de prioridades de pesquisa. Em relação a pontos somente mencionados uma única vez pela portaria, como gênero e raça/etnia, menos espaço ainda conquistaram no escopo da PESS.

Com a rubrica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), o documento da PESS traz textos assinados pelo ministro da saúde, Alexandre Padilha e pelos coordenadores da SCTIE e do Decit, Carlos Augusto Grabois Gadelha<sup>118</sup> e Ana Luiza d'Ávila Viana<sup>119</sup>, respectivamente. No MS, Carlos Gadelha integrou comissões, coordenou o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do Plano Plurianual de 2000 a 2003 e foi secretário da SCTIE de

---

<sup>118</sup> Carlos Gadelha é economista com mestrado e doutorado também em economia e uma extensa produção acadêmica e científica. Desde 1987 é funcionário da Fiocruz, exercendo aí diversas funções que vão desde docência e pesquisa até cargos administrativos. As principais áreas da saúde em que atua são: inovação; crescimento e desenvolvimento econômico; e política industrial e tecnológica. Com uma presença sistemática nas equipes de diferentes governos, sobretudo no papel de membro de conselhos e comissões, está inserido em quadros ministeriais desde o início da década de 1990. Seu percurso inclui os seguintes ministérios: Saúde; Economia; Planejamento, Orçamento e Gestão; Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; Integração Nacional; e Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.

<sup>119</sup> Ana Luiza d'Ávila Viana formou-se também em economia, com mestrado e doutorado na mesma área. Inserida na docência em universidades públicas desde o início dos anos de 1980, possui longa experiência em pesquisa acadêmica e científica, com vasta bibliografia publicada. As principais áreas de atuação da economista são: análise de políticas públicas; economia política; e sistemas de proteção social. O único cargo exercido no âmbito do governo foi a direção do Decit, na qual permaneceu brevemente, de 2011 a 2012. Nessa função, Ana Luiza Viana participou da única publicação até hoje realizada da PESS e também da instituição da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS).

2011 até 2015. Foi durante sua passagem pela SCTIE que o economista participou da supervisão e promoção das Sínteses de Evidências para Políticas de Saúde anteriormente mencionadas e da instituição de oito Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (Pesquisa Clínica; Avaliação de Tecnologias em Saúde; Doenças Cardiovasculares; Políticas de Saúde; Terapia Celular; Acidente Vascular Cerebral; Câncer; e Doenças Negligenciadas).

Faz-se importante registrar que Carlos Gadelha acompanhou a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2ª CNCTIS), no ano de 2004, como secretário de Programas Regionais do Ministério da Integração Nacional. Os anais da 2ª Conferência trazem um texto por ele assinado, cujo tema incide sobre a indústria e a inovação em saúde e a implicação desta na geração de riquezas do país (BRASIL, 2005d). Tal argumento faz referência ao conceito cunhado por Carlos Gadelha de “complexo econômico-industrial da saúde” que consiste em uma designação para o sistema produtivo da saúde, no qual também se envolve a dimensão da inovação, por meio de um entendimento de que esse conjunto compõe parte expressiva dos bens e serviços produzidos pelos países e, portanto, tem potencial de impactar o desenvolvimento econômico e social (GADELHA, 2012).

A conformação da SCTIE sob a gestão de Carlos Gadelha e do Decit sob a gestão de Ana Luiza Viana teve como palavras-chave: inovação, tecnologia e avaliação em saúde. Ganhou especial relevância o papel da saúde para a promoção do desenvolvimento nacional, por meio do fortalecimento da capacidade produtiva de bens e serviços no marco de uma política industrial da saúde. Se, de acordo com Carlos Gadelha (BRASIL, 2011j), o fomento à pesquisa e inovação em saúde é uma prioridade do MS naquele governo, o economista afirma que não se trata de subsidiar pesquisas de modo aleatório, pois “é pouco produtivo investir em pesquisa, se na outra ponta não houver avaliação da eficácia, segurança”. Com isso, o secretário destaca a importância de reunir esforços para articular “inovação e produção a serviço de um consumo de massa e da área social da saúde” (BRASIL, 2011j).

Dentre os esforços movidos na direção de uma intensificação da produção de inovação na saúde, o MS aproximou-se da Fundação Bill & Melinda Gates<sup>120</sup> com intenção de firmar um convênio para promoção de uma agenda de pesquisas que contemplasse prioridades comuns entre ambos, a começar pela saúde materno-infantil, incluindo, em seguida: vacinas, nutrição e controle de doenças infecciosas (OPAS, 2012). O acordo realizado em 2012, em parceria do CNPq (órgão do Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação), Decit (órgão do

---

<sup>120</sup> A Fundação Bill & Melinda Gates é uma organização filantrópica sediada nos Estados Unidos da América cuja formação data do início dos anos de 2000. Presidida por Bill Gates e Melinda Gates, a Fundação atua em escala global, sobretudo mediante a construção de parcerias locais com vistas a prover aportes financeiros para produção de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias.

Ministério da Saúde) e a Fundação Bill & Melinda Gates, lançou o programa “Grandes desafios Brasil”, cuja primeira iniciativa intitula-se “Prevenção e manejo de nascimentos prematuros” e a segunda, “Desenvolvimento saudável para todas as crianças”. Segundo o secretário da SCTIE à época, Carlos Gadelha, o programa possibilitaria incluir na pauta da produção de conhecimento científico os fatores que conduzem à antecipação do parto, como o agendamento precoce da cesárea pelos médicos, de modo a contribuir para o estabelecimento de critérios baseados em evidências para a utilização da cesárea, por exemplo (COLLUCCI, 2013).

Uma vez que o último relatório de gestão do Decit disponível data de 2009, não é possível trazer essas informações para a análise, sendo que a SCTIE produz relatórios direcionados ao Tribunal de Contas da União, sem apresentar indicadores relacionados a projetos, pesquisas e demais ações apoiadas. Ademais da interrupção da produção e publicação de relatórios de 2010 em diante, a página do Decit na *internet* onde constavam os relatórios anteriores foi retirada do ar em 2020. Conseguimos acesso aos relatórios porque os salvamos em arquivo próprio antes dessa data e também porque alguns ainda estão disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Com isso, não é apenas essa pesquisa ou a produção de conhecimento acadêmico e científico que fica prejudicada, pois com diminuição da transparência e do acesso à informação, perde a sociedade brasileira como um todo. Nesse sentido, é muito oportuna e necessária a realização de investigações – científicas, acadêmicas, filosóficas e judiciais – a respeito da omissão de conteúdos públicos específicos praticada pela atual gestão do governo federal. Porém, essa análise não será realizada no trabalho aqui apresentado, visto que foge do nosso escopo.

### **7.3.1. Concentração de recursos para o fomento da agenda da Rede Cegonha**

Ainda que não estejam disponíveis os relatórios de gestão do Decit, pudemos realizar um levantamento sobre as pesquisas apoiadas pelo Departamento através da base de dados “Pesquisa Saúde”. Elegemos o recorte temporal de 2011 até final de 2015, por ser esse o prazo estipulado pelo próprio MS para implementação da RC. Nesse período, o Decit apoiou 1597 pesquisas, destinando um total de mais de R\$300 milhões de recursos. Além de levantar o total de pesquisas no período, também filtramos o resultado de acordo com duas subagendas da ANPPS, com o objetivo de proporcionar um recorte temático mais afinado com nosso problema de pesquisa. As subagendas selecionadas são: “saúde da mulher”; e “saúde da criança e do

adolescente”, sendo esta última incluída devido ao espectro de ações da RC abranger crianças até dois anos de idade. Uma vez que a Pesquisa Saúde oferece em seu repositório a “saúde materno-infantil”<sup>121</sup> como uma subagenda oficial, também a incluímos no levantamento.

Filtrando as pesquisas de acordo com as subagendas da ANPPS no período, o total de pesquisas é de 119, e o de verba é de cerca de R\$33 milhões. A subagenda que congrega o maior quantitativo de pesquisas e de recursos é a saúde da criança e do adolescente, com 62 pesquisas e R\$24 milhões, aproximadamente. Na segunda posição, consta a saúde da mulher, cujo número de pesquisas apoiadas foi de 55 e o de verba alocada de R\$8 milhões. Por fim, a subagenda de saúde materno-infantil contabilizou somente duas pesquisas para as quais foram empenhados cerca de R\$117 mil.

A distribuição do fomento à pesquisa nas regiões do país deu-se da seguinte maneira: o Sudeste foi a região que mais teve propostas apoiadas e recursos recebidos, contabilizando 35 pesquisas e R\$18 milhões, aproximadamente. A região Nordeste conta 32 pesquisas e R\$6 milhões, em segundo lugar. Em seguida, temos Sul com 25 pesquisas e R\$5 milhões e Norte com 16 pesquisas e R\$2 milhões. As três instituições que obtiveram mais pesquisas apoiadas foram: Universidade Federal da Bahia, com 8 pesquisas; Universidade Federal do Pará, com 7 pesquisas; e Fiocruz, com 6 pesquisas. Por outro lado, as três instituições que receberam o maior montante de verbas foram: Fiocruz, com R\$8 milhões; Universidade Estadual de Campinas, com R\$4 milhões e Universidade de São Paulo, com R\$6 milhões.

Ao analisar o enquadramento dos 119 estudos apoiados, ressaltamos os três tipos de estudos mais prevalentes: em primeiro lugar, as pesquisas epidemiológicas (32); em seguida, as pesquisas clínicas (22); e em terceiro, os estudos de sistemas de saúde, planejamento e gestão (12). Em relação ao setor ao qual as pesquisas se afiliam, em primeiro lugar está “avaliação de políticas de saúde”, com 30 pesquisas, e em segundo “processo saúde-doença”, com 27. O edital que abrangeu o maior número de pesquisas se trata de “Grandes Desafios Brasil: prevenção e manejo dos nascimentos prematuros”, destinado a estudar prematuridade, que apoiou 12 pesquisas com recursos de, aproximadamente, R\$8 milhões. Em segundo lugar, está a chamada “Grandes Desafios Brasil: desenvolvimento saudável para todas as crianças”,

---

<sup>121</sup> Saúde materno-infantil não é uma das subagendas oficiais da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. No documento que sistematiza a ANPPS (BRASIL, 2005d), os pontos referentes a essa temática encontram-se distribuídos entre a subagenda de “saúde da mulher” e a subagenda de “saúde da criança e do adolescente”. No entanto, incluímos essa categoria no levantamento por ser uma opção oferecida pelo mecanismo de busca do portal “Pesquisa Saúde”. O fato da categoria “materno-infantil” não constar como uma subagenda na proposta discutida e aprovada da ANPPS, mas constar como uma opção no banco de dados oficial do governo federal pode ser visto como um indicativo da permeabilidade da perspectiva materno-infantilista na área da saúde.

com 11 pesquisas e cerca de R\$12 milhões. Ambos os editais foram co-financiados e co-elaborados pela Fundação Bill & Melinda Gates, em convênio com o MS.

É possível estudar os dados também de acordo com os objetivos estratégicos da PESS. Em todo o período, 72 pesquisas que corresponderam a verbas de cerca de R\$17 milhões situaram-se dentro do objetivo estratégico de número 3, destinado a “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade”. Em seguida, temos o objetivo 2 – sobre promoção e vigilância em saúde -, com 7 pesquisas e R\$1 milhão em recursos e o objetivo 12 – sobre complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde -, com 6 pesquisas e também R\$1 milhão. No entanto, faz-se necessário registrar que 29 pesquisas não informaram o objetivo estratégico ao qual se alinhavam em sua inscrição.

A desagregação por ano mostra que em 2013 foi apoiada a maior quantidade de pesquisas no período, contabilizando 83, ao passo que tanto em 2011, quanto em 2015, apenas uma pesquisa recebeu recursos em cada um desses anos. A modalidade de repasse de recursos mais expressiva, apoiando 88 pesquisas, é a do fomento descentralizado, ou seja, por meio do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), seguida pelo fomento nacional, com 30 pesquisas, e pela contratação direta que subsidiou somente uma. A liderança significativa do PPSUS pode apontar para o fortalecimento da política de descentralização do fomento à pesquisa no Brasil. No entanto, levando em conta que, no período observado, o estado de São Paulo foi o principal destino de verbas, sendo o estado mais rico da União, é possível concluir que ainda há muitos desafios a serem superados a fim de operar efetivamente a descentralização, de modo a dirimir as desigualdades regionais.

A única pesquisa que recebeu fomento por meio de contratação direta à época da RC intitula-se “A infância como ponto de partida: que características do início da vida determinam a obesidade, a saúde mental, o capital social e os marcadores precoces das doenças crônicas – Coorte da Infância”. Coordenada por Aluísio Jardim Dornellas de Barros, a pesquisa foi sediada na Universidade Federal de Pelotas, teve início em 2013 e recebeu um aporte de dez mil reais. O principal objetivo informado no projeto consistia em investigar, em três coortes distintas, determinantes precoces da saúde na infância, com foco nos aspectos relacionados a “nutrição e composição corporal, precursores de doenças crônicas complexas, saúde mental e capital humano”.

Diante das informações apresentadas, notamos que a subagenda saúde da criança e do adolescente sobressaiu-se de modo expressivo em comparação com a saúde da mulher e a

saúde materno-infantil, uma vez que apesar de contar com somente sete pesquisas a mais do que a saúde da mulher, o montante de verba atribuída foi três vezes maior. Considerando os dois editais que foram contemplados com maior quantidade de recursos e de pesquisas apoiadas, ambos dedicavam-se a tratar de questões relacionadas à saúde da criança – especificamente nos temas da prematuridade e do desenvolvimento infantil. Isso se reflete também na classificação de acordo com os objetivos estratégicos da PESS, onde ganhou destaque aquele concernente à RC, devido a ter sido a principal escolha dos projetos apoiados no intervalo de tempo assinalado.

Quando analisamos as 55 pesquisas registradas na subagenda de saúde da mulher no período, os temas que mais frequentemente se tornaram objeto de investigação giravam em torno do ciclo gravídico-puerperal, DSTs, câncer de colo do útero, câncer de mama e mortalidade materna. Em menor intensidade, encontramos trabalhos debruçados sobre o climatério e a violência contra a mulher. Por outro lado, envelhecimento, aborto legal e saúde mental constituíram o foco de apenas uma pesquisa cada, sendo que o estudo sobre saúde mental interessou-se sobre transtornos psiquiátricos em mulheres na gestação e no puerpério.

Ao falar sobre a saúde materno-infantil, Simone Diniz (2011) problematiza a existência de uma “interpretação competitiva” entre saúde da mulher e saúde da criança, cuja presença – sentida tanto no ensino, quanto na assistência – pode levar a uma invisibilização sistemática da saúde da mulher. Para a pesquisadora,

A falta de uma análise crítica das ações em saúde materno-infantil é especialmente relevante porque a maior parte dos recursos financeiros e humanos vão para esta área em sua versão mais conservadora, não raro implicando no comprometimento dos direitos das mulheres na programação em saúde e no ensino (DINIZ, 2011, p. 14).

Se a articulação entre produção de conhecimento científico e elaboração de políticas públicas pretende, entre outras coisas, que a primeira informe a segunda, as lacunas observadas no conjunto levantado de pesquisas indicam a precariedade e a marginalidade na agenda das políticas e das pesquisas de saúde no Brasil de temas como: racismo, sexualidade, envelhecimento, contracepção, trabalho e saúde mental. Tal perspectiva encontra ressonância com as ações previstas na RC, no sentido de que a política frisa questões relativas ao ciclo gravídico-puerperal e, no concernente à mortalidade materna e infantil, destaca o componente neonatal.

Acompanhando o fio condutor da RC, encontramos mais um ponto relevante onde academia e Estado se interpenetram: trata-se da avaliação da política empreendida por iniciativa do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à

Saúde do Ministério da Saúde. Realizada em dois ciclos, tendo o primeiro ocorrido entre 2013 e 2015 e o último entre 2016 e 2017, a avaliação dos componentes de operacionalização da RC estava prevista na portaria 1.459 e “constituiu metodologia indissociável ao processo de sua implementação, possibilitando a ampliação da capacidade de reflexão e ação de gestores do SUS e de serviços de obstetrícia e neonatologia” (VILELA *et. al.*, 2020).

O primeiro ciclo avaliativo incluiu 250 maternidades, nas quais equipes formadas por atores da saúde dos três entes federativos analisaram alguns dos componentes da RC. Já o segundo ciclo ampliou tanto o escopo de diretrizes, quanto o conjunto de serviços de saúde a serem avaliados, abarcando 606 maternidades e 20 estabelecimentos de UTI neonatal (VILELA *et. al.*, 2020). Houve ampliação também nos responsáveis por conduzir o processo, devido às duas parcerias firmadas pelo MS com instituições de ensino e pesquisa: a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz, e a Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Além de compor as equipes para a pesquisa de campo, as instituições participaram do grupo coordenador da avaliação, formado também por representantes da Área Técnica de Saúde da Mulher e da Área Técnica de Saúde da Criança, ambas do MS.

Os resultados do segundo ciclo avaliativo foram publicados recentemente, no ano de 2020, em uma revista científica da área da saúde de larga circulação no Brasil<sup>122</sup>. São dezesseis artigos disponibilizados até o momento de escrita dessa tese apresentando análises sobre os seguintes temas: o processo avaliativo da RC; o grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento; análise de leitos neonatais; redução de iniquidades sociais; avaliação de usuárias a respeito do serviço prestado; acessibilidade no parto a pessoas com deficiência; comparação entre os dados dos dois ciclos avaliativos da RC com os dados da pesquisa *Nascer no Brasil*<sup>123</sup>. Participaram da elaboração dos artigos mencionados pessoas que trazem uma trajetória mista com: atuação na docência e/ou na pesquisa nas instituições parceiras do MS – Fiocruz e UFMA -; exercício de cargos na estrutura do MS; e envolvimento em movimentos sociais pela humanização do parto e nascimento. Cabe registrar que a coordenadora da RC, Esther Vilela, integrou o corpo de autores de duas publicações.

Além de mapear os impactos das ações propostas pela política, a Avaliação da Rede Cegonha anuncia que tem como objetivo potencializar a mudança do modelo de atenção ao

---

<sup>122</sup> Trata-se do periódico “Ciência & Saúde Coletiva”, vinculado à Abrasco.

<sup>123</sup> A pesquisa *Nascer no Brasil* foi o maior inquérito populacional sobre parto e nascimento realizado no Brasil até a presente data. Encomendado pelo MS, a investigação percorreu 191 municípios e entrevistou mais de vinte mil mulheres, entre 2011 e 2012. Os achados do estudo são, desde sua publicação, amplamente utilizados na produção de conhecimento científico. O sumário executivo da pesquisa pode ser acessado em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.

parto e nascimento, de modo que se supere uma perspectiva “biomédica” para se adotar um “modelo de cuidado centrado na mulher e família e baseado nas evidências científicas disponíveis” (VILELA *et. al.*, 2020). Nesse sentido, o processo avaliativo demonstra não apenas mirar um levantamento de dados, mas, especialmente, insistir nas diretrizes elencadas pela portaria 1.459 na direção de dar continuidade a sua implementação. Ou seja, não se trata somente de uma análise do que foi realizado, mas de tomar posição no tempo presente, reafirmando diretrizes e valores.

Diante disso, podemos compreender que, após quase dez anos de promulgação da política, a ênfase dada ao paradigma incumbido de orientar as práticas de atenção ao parto indica a relevância que tal questão ainda goza na cena da saúde da mulher. E, no que diz respeito à interface entre produção de conhecimento e formulação de políticas públicas no campo da atenção ao parto, uma “ação conjunta que aproxime agências governamentais, conselhos profissionais, sociedade civil, universidades e demais instituições de ensino”<sup>124</sup> (DINIZ *et. al.*, 2018, p. 31) integra uma das principais estratégias de ativistas por essa causa.

Podemos compreender que a junção entre produção de conteúdo e conhecimento científico orientado pelas boas práticas de atenção ao parto e nascimento atravessa a relação entre o meio acadêmico e os órgãos institucionais de governo no contexto da Rede Cegonha. Desde a publicação das “Sínteses de evidências científicas” à distribuição do fomento para pesquisa é possível identificar a proeminência dos temas ligados à criança, conferindo à mulher uma posição secundária no panorama da produção de conhecimento científico destinada à saúde.

Por fim, vale registrar que com a PESS e os ciclos avaliativos da RC – especialmente o segundo -, o Ministério da Saúde empreendeu esforços no sentido de incidir de modo ativo na produção de dados alinhados com as diretrizes de políticas públicas selecionadas. Isso fica evidenciado também pelo fato de a produção e a publicação da avaliação contar com a presença de uma gestora do MS. Um dos possíveis efeitos de tal alinhamento é que lacunas originárias da RC foram replicadas também no conhecimento gerado por meio dos estudos, entre elas: a relação entre saúde da mulher, racismo, sexualidade, envelhecimento, contracepção e saúde mental.

\*

---

<sup>124</sup> Tradução livre de: “a joint action that will bring together governmental agencies, professional boards, civil society, universities and other teaching institutions”.



O itinerário percorrido pelo contexto no qual a Rede Cegonha se inscreve enquanto uma política pública de saúde voltada para mulheres proporcionou que nos deparássemos, em um primeiro momento, com a plataforma documental responsável por conferir-lhe um lugar dentro do quadro normativo da saúde. Em seguida, encontramos a trama envolvendo os movimentos sociais e o processo de formulação e divulgação da RC. A dinâmica dos atores institucionais do governo federal também foi abordada para que, por fim, a atuação do Ministério da Saúde no contexto da produção de conhecimento científico e tecnológico fosse estudada.

Vimos que o desenvolvimento da Rede Cegonha remonta ao ano de 2010, tanto no que diz respeito à influência que sofre do Plano de Qualificação das Maternidades, quanto à concepção das linhas gerais da proposta e de seu nome, dado que o “protagonismo da cegonha” já estava firmado desde então. Os atravessamentos entre a RC e setores religiosos conservadores também não se deu somente em 2011, nas reuniões de apresentação da política, ou na participação da coordenadora da ATSM no evento da Frente Parlamentar da Vida Contra o Aborto. A própria concepção da RC, em 2010, parece responder em parte à polêmica da corrida eleitoral, considerando o relato de Dario Pasche (2014) sobre a reunião entre a equipe da campanha de Dilma Rousseff e Sônia Lansky e a divulgação da política por Dilma Rousseff no conjunto das promessas de governo (PIMENTEL, 2014).

Diante disso, o anúncio oficial da RC na cerimônia comemorativa dos cem dias de governo pode ser entendido como uma entrega – ainda que parcial, visto que a política não havia sido promulgada – do que fora pactuado em campanha eleitoral. Contrariando afirmações de representantes do governo, a definição do orçamento para as políticas do MS<sup>125</sup> mostrou que a PNAISM foi preterida em relação à RC, o que enfraqueceu o discurso de complementaridade entre as duas normativas. É nesse sentido que as falas do movimento feminista trazem diversas preocupações com a promulgação da RC, pois em se tratando de uma sobreposição de políticas, caminhava-se para um conjunto de medidas de escopo reduzido, além de uma perspectiva sobre a mulher que somente contempla gestações que se pretendem levar a termo.

---

<sup>125</sup> Em 2013, outra perda considerada significativa pelos movimentos feministas no financiamento de políticas públicas para mulheres foi a proposta do governo federal de extinguir o acesso público universal ao “Orçamento Mulher”, um mecanismo que possibilitava o acompanhamento da destinação dos chamados “orçamentos sensíveis ao gênero”. Além de diminuir a transparência da administração pública, tal proposta também foi entendida como uma perda de espaço da participação popular, sobretudo o controle social, nas políticas públicas. Para saber mais, conferir: <https://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea/397-numero-173-julho-a-dezembro-de-2012/3836-depois-de-dez-anos-o-fim-do-orcamento-mulher>.

Nesse sentido, podemos vislumbrar na efetivação da RC, dado o contexto em que se deu, um grau de anuência (e de promoção) do governo em relação ao prevalecimento da visão da mulher apoiada em sua, assim dita, “plena capacidade reprodutiva”. O silêncio da política na questão do aborto diante do objetivo de reduzir a mortalidade materna é flagrante dessa operação. Com isso, não pretendemos aplicar sobre o governo uma camada uniformizante e coesa, mas apontar os traços que ganharam maior hegemonia. A divergência da SPM e a insistente contestação sobre o nome e o escopo da RC por parte de integrantes do grupo formulador (CASTRO, 2012) dão notícia da instabilidade do discurso portado pela política no âmbito governamental.

Interessante pontuar sobre o fato de, ao longo de todo processo narrado sobre a RC, estarmos defronte da primeira presidenta do Brasil. Em diversos momentos, ao tecerem suas críticas ao MS, feministas afirmaram serem eleitoras de Dilma Rousseff e desejarem um governo de sucesso (CASTILHOS, 2011; NEGRÃO, 2011a; OLIVEIRA, 2011a). Entretanto, algumas falas, notadamente advinda de homens, como a de Alexandre Padilha (BRASIL, 2015b) e Ricardo Ceccim e Felipe Cavalcanti (2011), questionaram as críticas feitas por mulheres à RC, sob a hipótese de que criticar a RC seria criticar a mulher que chefia o poder Executivo no país. Em outras palavras, as falas mencionadas ocuparam-se de procurar conferir legitimidade à RC mediante a condição de mulher da presidenta. De acordo com a bibliografia levantada, é possível entender que para as feministas ativistas não se tratava de uma questão pessoal com a presidenta, ou de algum exercício de misoginia. Se tratava de problematizar os termos da política, se contrapor à perspectiva adotada e demandar por participação no processo de formulação de uma política pública destinada às mulheres, especialmente no contexto de um governo declarado progressista.

A ausência da participação ampliada e sistemática de movimentos sociais na feitura da RC pode ter implicado em que o texto da política não incorporasse outras perspectivas para além daquelas que circulavam pelo MS e pela equipe de governo. Mesmo considerando a Rehuna, não é possível afirmar que seu envolvimento na política foi no âmbito de uma participação popular oficial e institucionalizada, pois se deveu à dupla inserção de pessoas no MS e na organização. Por outro lado, as discordâncias entre ativistas, acerca da RC, questionou o teor da política, assim como o pano de fundo da bandeira de luta. A noção de acesso ao parto humanizado como direito de consumo esteve presente na literatura (CARNEIRO, 2011; CARVALHO, 2017; DINIZ, 2005, 2011; DINIZ *et. al.*, 2018; LEAL *et.*

*al.*, 2019) associada, em alguns casos, com *status* social, sobretudo da “classe média” (CARVALHO, 2017; DINIZ, 2005; LEAL *et. al.*, 2019; SOUZA, 2021).

Tendo em vista renomados movimentos sociais na história recente da saúde no Brasil, entre eles, o da reforma sanitária e o da reforma psiquiátrica, a reivindicação de políticas passa por uma afirmação da saúde pública e, desde 1990, do Sistema Único da Saúde. No caso do MHP, no período que compreende o lançamento da RC, pudemos notar que a defesa da saúde pública e universal não compõe explicitamente documentos importantes dessas entidades, o que não faz, contudo, que seus integrantes e sua agenda deixem de se posicionar nesse sentido. E, por falar em agenda, a forma como esses movimentos postulam a organização das práticas assistenciais sob a insígnia legitimadora dos dados científicos é digna de nota. Diante do exposto, compreendemos que a luta pela humanização do parto buscou se fortalecer por meio de uma estratégia que passava, necessariamente, pela ciência, ou seja, pela produção e publicação de conhecimento científico. Isso se deu através de uma associação entre instituições de ensino e pesquisa, gestores de serviços de saúde, formuladores de políticas e agências de fomento.

Por fim, um dos resultados dessa articulação intersetorial ao longo dos anos de implementação da RC é que as agências nacionais de fomento destinaram parcela volumosa de recursos para estudos que privilegiaram em seus objetos de análise questões referentes a gestação e parto e à saúde da criança. O mesmo enfoque foi visto na agenda de prioridades de pesquisa organizada pela então gestão do MS, a PESS. Na PESS, assim como na proposta de gestão da SCTIE, imprimiu-se a marca da produção de conhecimento científico e tecnológico no registro da inovação e da geração de produtos, em prol do crescimento social e econômico do país.

O exercício de aproximar a saúde ao projeto de desenvolvimento econômico praticado pela SCTIE encontra reverberação em um discurso que extrapola as fronteiras brasileiras, na medida em que é difundido por agências internacionais, como a ONU e a OMS. Visto como um caso exemplar dessa operação, os ODM incluem questões de saúde, educação, meio ambiente e economia como itens a serem analisados na avaliação do grau de desenvolvimento dos países signatários. A citação dos ODM no preâmbulo da portaria 1.459 inscreve o discurso dos ODM ao propósito e à justificativa da RC. Ainda no que concerne à agenda internacional, tem-se também o papel norteador conferido aos manuais e às recomendações publicados pela OMS na condução de: práticas assistenciais; formação e qualificação profissional; produção (e valorização) de conhecimento; e formulação de políticas.

## **PARTE IV – CO-PRODUÇÃO DE MULHER(ES), ESTADO E MOVIMENTOS SOCIAIS**

Diante da jornada que empreendemos ao longo do contexto histórico e político em torno da PNAISM e da RC, pudemos nos deparar com uma intrincada rede de atores, instituições e teorias responsáveis por dar vida e forma às políticas. Nos capítulos que se apresentam, iremos refletir criticamente sobre alguns aspectos abordados anteriormente, em diálogo com referências bibliográficas que nos possibilitem expandir a investigação aqui ensejada.

A princípio, no capítulo 8, nos debruçaremos sobre a caracterização da mulher que habita as políticas públicas de saúde analisadas, onde discutiremos a abordagem prescritiva de sexo e de gênero, a constituição da natureza dos atributos femininos – orgânicos e inorgânicos -, a articulação entre sexo, gestação e maternidade, e a política contraceptiva. No capítulo seguinte, nos dedicaremos a caracterizar a relação entre Estado e movimentos sociais de mulheres e feministas, analisando a institucionalização de movimentos sociais, a tradução de pautas feministas para a linguagem dos direitos e a influência da geopolítica global nas políticas para mulheres.

### **Capítulo 8 – Caracterização do sujeito mulher na política de saúde dos anos 2000**

#### **8.1. O valor prescritivo dos órgãos**

Simultaneamente representada e confeccionada no ordenamento das normativas, a mulher que emerge das políticas públicas de saúde dos anos 2000 é caracterizada a partir um pressuposto fundamental: a anatomia. Tanto a PNAISM quanto a RC demonstram tomar por mulher a pessoa cujos órgãos sexuais e reprodutores correspondem àqueles designados como femininos. Embora nenhuma das duas políticas anuncie tal posição aberta e formalmente, é possível concluir, diante do conteúdo apresentado, que a referência utilizada se institui a partir de um “lugar estrutural entre a produção de identidade de gênero e a produção de certos órgãos como órgãos sexuais e reprodutores” (PRECIADO, 2011, p. 12). Ou seja, a mulher das

políticas públicas de saúde abordadas nesta tese é constituída, fundamentalmente, pela articulação entre determinados órgãos e determinadas identidades.

Ao não declararem diretamente o posicionamento do qual partem para abordar a mulher, as políticas operam uma naturalização da diferença sexual, contribuindo para a produção de uma suposta neutralidade no discurso. Não há um ponto de passagem nos documentos onde se reconhece essa afirmação como pressuposto e, conseqüentemente, onde se reconheceria também a possibilidade da existência de outras perspectivas. É como se a auto-evidência da anatomia falasse por si só e bastasse para edificar o sujeito das políticas.

A PNAISM conta com uma seção especialmente dedicada a refletir sobre o que denomina “enfoque de gênero”, na qual, como já discutimos anteriormente, está presente a referência a Joan Scott (1986). A normativa apresenta a ideia de gênero como uma construção social e histórica que atravessa mulheres e homens, embora não explique que sejam as mulheres os principais alvos de investigação, intervenção e regulação. Ainda que nesse momento o documento se aproxime de uma abordagem histórica das contingências que giram em torno da mulher, esse olhar não é estendido para a dimensão do sexo e da diferença sexual. De acordo com o argumento da política, a cultura (gênero) se impõe sobre o corpo (sexo) definindo comportamentos, crenças e papéis nos quais o poder se encontra desigualmente distribuído, fazendo com que haja um desequilíbrio entre homens e mulheres. Nessa operação, o documento acaba por proteger o sexo de qualquer tipo de historicidade e questionamento.

A RC, por outro lado, faz alusão a gênero em sua portaria uma única vez (BRASIL, 2011a), sendo que no Manual de implementação (BRASIL, 2011b), há outras menções; contudo em nenhum dos dois documentos há uma explanação sobre o que significa o “enfoque de gênero” para a política em questão, tampouco sobre como ele será operacionalizado, fazendo com que essa perspectiva perca força no horizonte da normativa. Em outras plataformas ligadas à RC, como os eventos de lançamento e divulgação da política (BRASIL, 2014b, 2015b), a menção a gênero surge em alusão à violência sofrida por mulheres em serviços de saúde, notadamente na atenção ao parto.

Se há uma problematização das relações de gênero no universo das políticas de saúde da mulher nos anos 2000 é devido, sobretudo, ao esforço da PNAISM em traçar algumas análises sobre padrões de masculinidade e feminilidade. É importante notar que nem mesmo o gênero parece se colocar como uma dimensão necessária a ser nominalmente enfrentada pela portaria de 2011. Entretanto, isso não quer dizer que as políticas não se relacionam com o problema que elas deixam de abordar frontalmente. Ou seja, nem a RC e tampouco a

PNAISM escapam de se manifestarem como um instrumento que produz e veicula determinadas concepções de gênero.

De acordo com Paul Preciado (2017), o gênero e o sexo constituem-se como tecnologias sociais e políticas complexas que atuam na produção e na reprodução do corpo, observando a heteronormatividade como um ideal preconizado. O filósofo argumenta que a heterossexualidade, ao operar como um regime – e não somente como uma essência fundante ou como uma prática sexual dentre outras – articula a diferença sexual por meio da produção constante, sistemática e disseminada de corpos-mulher e corpos-homem.

Nessa perspectiva, o gênero é configurado como uma prática da cultura, estando o sexo alocado em um espaço da natureza, onde nem a história ou a política o alcançariam. O sexo identificado na anatomia, nos hormônios, nos cromossomos, também é entendido como uma tecnologia capaz de inscrever no corpo e, portanto, no que é tido como sendo do âmbito da natureza, marcadores da diferença sexual. Trata-se de uma operação na qual determinadas zonas do corpo humano são selecionadas e destacadas como significantes sexuais, funcionando como centros difusores de sentido para a totalidade do corpo. Isto é, um limitado conjunto de marcos no corpo torna-se responsável por conferir sentido e integralidade ao corpo como um todo.

O nome, a classificação e a função designados a um órgão estão diretamente vinculados a esse processo de estabelecer um enquadramento binário – se mulher ou se homem – a fim de promover a arquitetura tecnológica da natureza dos sexos. Mais do que matéria orgânica neutra e natural, os órgãos assumem, assim, um papel prescritivo em relação ao sexo, ao gênero e à sexualidade: “a tecnologia sexual é uma espécie de ‘mesa de operações’ abstrata na qual se leva a cabo o recorte de certas zonas corporais como ‘órgãos’ (sexuais ou não, reprodutivos ou não, perceptivos ou não etc.)” (PRECIADO, 2017, p. 127). A partir dos marcos impressos na anatomia e na fisiologia, o corpo passa a representar um ponto causal do que significa ser homem e ser mulher.

É nesse sentido que Thomas Laqueur (2001) afirma que a lógica da diferença sexual se alia à anatomia, mas também a sobrepõe, pois o ordenamento do corpo, suas partes e funções, passa a corresponder a rerepresentações de um ideal social. Em parceria com o discurso científico da biologia, tais operações incorporam autoridade retórica, circulando entre e além de campos disciplinares acadêmicos e participando da produção de subjetividade. Diante de tais argumentos, entendemos que não nos cabe avaliar quais são os órgãos verdadeiramente sexuais, ou incontestavelmente femininos; tampouco determinar o ponto onde habita a

natureza, em contraposição ao território onde grassa a cultura. Ao interrogar sobre a formação da mulher enquanto sujeito das políticas públicas de saúde procuramos compreender que relações essas políticas tecem no que concerne à produção e manutenção da diferença sexual.

Na análise dos documentos das políticas apresentada nas seções anteriores, pudemos entrar em contato com o discurso que a PNAISM e a RC lançam mão de modo a conformar a mulher que se torna sujeito alvo de suas ações. A narrativa presente nos documentos, eventos e entrevistas faz ver os caminhos pelos quais as políticas foram capazes de pensar o que é mulher, servindo-se de classificações, subdivisões e hierarquias. A gramática emergente não somente delimita um tipo, um sujeito, uma mulher, como também revela que mulher foi passível de se tornar população<sup>126</sup> no que toca à saúde pública. Nesse momento, daremos destaque ao quadro de referências usado pelas políticas de modo a tornar inteligível a mulher e seu corpo, isto é, falamos do conjunto de atributos responsável por fazer convergir uma pluralidade de pessoas sob o signo de um grupo específico.

A possibilidade de existência da mulher que habita a PNAISM e a RC passa necessariamente pelos órgãos reprodutores e sexuais classificados como femininos, ganhando vida na coerência linear entre sexo e gênero. A estabilidade desse sujeito é forjada na verdade anatômica dos órgãos, sobretudo, através da nomeação da capacidade de engravidar. Funcionando como eixo norteador do olhar para a mulher, a virtualidade da gestação organiza a trajetória de vida, fazendo emergir categorias de compartimentalização da vida baseadas em antes, durante e depois do período “potencialmente” reprodutivo. Em outras palavras: puberdade, idade fértil/reprodutiva e climatério.

Os “ciclos de vida” exercem papel central na estrutura das ações e propostas previstas pelas políticas, estabelecendo-se como ponto de partida para a aproximação com o seu sujeito alvo. A PNAISM se estende com mais atenção e demora nos distintos “ciclos de vida” da mulher, ao passo que a RC enuncia de forma mais breve e enxuta as categorias de seu interesse. Em todo caso, a fertilidade é a premissa inevitável para o encontro com a mulher. Termos como idade fértil, órgãos reprodutivos, fecundidade, saúde materna, morbimortalidade materna e climatério compõem uma gramática que toma parte nas “práticas de produção do natural” (PRECIADO, 2017).

---

<sup>126</sup> O filósofo francês Michel Foucault (2008b [1978]) analisa que o surgimento da população encontra-se indissociavelmente ligado ao problema do governo, das técnicas de governo. Simultaneamente objetivo e instrumento do governo, a população não se opõe ao indivíduo e sua disciplinarização; pelo contrário, uma vez que diz respeito a fenômenos correlatos. A população emerge no bojo da biopolítica, um poder sobre a vida que se desenvolve em dois níveis simultâneos: o do corpo enquanto espécie humana, seus processos biológicos, intervenções e regulações; e o do corpo indivíduo, sua anatomia, seu adestramento.

Interessa notar que ao falar sobre a preeminência dos órgãos não estamos sugerindo que a anatomia se situe em um campo pré-discursivo (também chamado de natureza) diante do qual somente nos restaria problematizar o modo como interpretamos o que é dado (operação também chamada de cultura). Tampouco estamos jogando fora a materialidade dos corpos. Em outras palavras, o que está em jogo é como o corpo – ou se quisermos, a biologia – é forjado de modo a conferir legitimidade e autoridade ao discurso da diferença sexual. Sobre isso, Thomas Laqueur (2001, p. 281) menciona a “parábola da cultura”, segundo a qual o “corpo é criado de uma forma valiosa para a civilização apesar, e não por causa, de si próprio”.

A diferença sexual diz respeito a uma produção que sinaliza mudanças epistemológicas e políticas em referência ao corpo. Portanto, ao entrar em contato com os modos através dos quais os documentos analisados tomam o corpo, procuramos investigar por meio de que mecanismos esse corpo se constitui como um corpo feminino.

## **8.2. A ginecologia baliza prioridades em saúde da mulher**

*“Um verme inofensivo e imperceptível rói periodicamente as raízes da vida”<sup>127</sup>*

O advento do modelo dos dois sexos não suplantou em absoluto o paradigma do sexo único, assimilando elementos deste, tais como a superioridade masculina em relação à mulher (LAQUEUR, 2001). A prevalência da diferença sexual logrou estabelecer um tipo de saber e de poder específico que incidiu de maneira singular sobre a mulher. Isso pois, no processo de elaboração da incomensurabilidade dos sexos, as ciências se destacaram ao produzirem conhecimento voltado, sobretudo, ao corpo da mulher, ocasionando a emergência de dois campos disciplinares: a ginecologia e a obstetrícia. De acordo com Emily Martin (2006 [1987], p. 55), os pressupostos considerados para a arquitetura teórica desses campos traduziram para o léxico médico valores relacionados aos papéis sociais femininos e masculinos, de modo que não seja surpresa que “fatos naturais sobre as mulheres, na forma de alegações sobre a biologia, sejam usados com frequência para justificar uma estratificação social baseada no gênero”.

A consolidação de uma área do conhecimento que permite incidir sobre o corpo de forma a regulá-lo e normalizá-lo somente foi possível através da articulação de dimensões políticas, demográficas, econômicas, biológicas e individuais. Para tanto, a assunção da

---

<sup>127</sup> Expressão usada por Havelock Ellis, no início do século XX, em seus estudos sobre a fisiologia e a psicologia femininas para se referir à menstruação. Conferir: ELLIS *apud* LAQUEUR, 2001, p. 267.



procriação humana como objeto privilegiado de práticas discursivas e não-discursivas pela medicina foi central. Trata-se da produção de “marcos naturais intransponíveis” (ROHDEN, 2001) capazes de garantir uma distinção radical entre os sexos no nível do corpo e na linguagem da biologia. Segundo Elisabeth Vieira<sup>128</sup> (2002, p. 31), a “ideia de ‘natureza feminina’ baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação”, traçando uma relação direta entre sexualidade e reprodução.

Vital para a recitação dos códigos heteronormativos, essa operação hierarquizada não somente experiências sexuais – sobrevalorizando a combinação pênis e vagina, por exemplo -, mas também os próprios órgãos – como no não reconhecimento do ânus e da pele como órgãos sexuais. A transformação de conceitos como masculinidade, feminilidade, libido, heterossexualidade e homossexualidade em realidades concretas e sensíveis proporcionou à ciência a conquista de uma posição hegemônica como “aparato discursivo-material da produção físico-corpórea” (PRECIADO, 2018b, p. 37).

No que diz respeito à mulher, vale atentar para o fato de que não está somente em jogo reduzi-la à reprodução e aos órgãos reprodutores, mas principalmente de como é desenhada a relação da pessoa com os órgãos, dos órgãos entre si e da pessoa com o mundo. Não se trata meramente de uma operação repressiva, mas de por meio de processos diversos construir o sujeito, seu corpo e seu lugar no mundo, o que faz ver a existência de uma rede intrincada, difusa e complexa de mecanismos de poder que não é possível de ser resumida ao Estado. Michel Foucault (1988 [1976]) assinala que o poder faz mais do que reprimir, do que dizer não, pois se instala na produção de subjetividade, de maneira a modelar o próprio desejo. O sexo torna-se um “ponto imaginário” que todos devemos percorrer para acessar a própria intelegibilidade, a totalidade do corpo e a identidade de si.

Fabíola Rohden (2001) chama a atenção para o progressivo fortalecimento da definição da natureza da mulher a partir de seus órgãos reprodutores desde o final do século XVIII. A autora destaca, nesse processo, a hipótese formulada pelos ginecologistas no século XIX, de que as mulheres não somente são constituídas por seus órgãos, mas dominadas por eles, de forma que seria possível traçar uma relação de causalidade entre os órgãos

---

<sup>128</sup> Elisabeth Meloni Vieira é médica com doutorado em pesquisas aplicadas de população pela Universidade de Exeter no Reino Unido, professora livre-docente pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e, atualmente, professora sênior da Faculdade de Saúde Pública da USP. Trabalha, desde a década de 1980, com saúde da mulher, sexualidade e saúde reprodutiva, tendo publicado obras que são referências nessas áreas. Já integrou diferentes comissões de saúde, incluindo a CISMU, o CNS, o Grupo de Trabalho Gênero e Saúde da ABRASCO e a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento do Ministério do Planejamento. Participou do desenvolvimento do material educativo utilizado pelo PAISM, junto ao Clube de Mães de Diadema.

reprodutores e qualquer enfermidade que as acometesse. Extrapolando seu objeto de estudo e intervenção para além da doença, a ginecologia se ocupou também de determinar e sistematizar a estrutura e os processos dinâmicos considerados normais do sistema reprodutor feminino (LAQUEUR, 2001). O fato de não haver paralelos no caso dos homens indica, de acordo com Fabíola Rohden (2001), que sexo, gênero e reprodução são temas mais centrais para a natureza feminina do que para a masculina – o que é facilmente observado no conteúdo das políticas de saúde para mulher analisadas.

É nesse sentido que Emily Martin (2006 [1987]) e Wilza Villela e Margareth Arrilha (2003) ponderam que mais do que um propósito meramente descritivo, as ciências médicas assumem uma posição prescritiva em relação ao sexo e ao gênero. No Brasil, o processo de consolidação da medicina da mulher se deu a partir do final do século XIX e início do século XX, alimentado pelo movimento higienista e sanitaria (ROHDEN, 2001). O caráter fortemente normativo da atuação da medicina foi fundamental para a conquista de espaço e de legitimidade perante a sociedade, contribuindo para que a autoridade de médicos sobre o comportamento das mulheres extrapolasse os consultórios, ou seja, avançasse para além do “domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico, para se instalar no domínio do moral” (ROHDEN, 2001, p. 75-6).

É com essas balizas que as ciências médicas e biológicas vão organizar seus quadros teóricos e as práticas relacionadas, reivindicando a feminilidade e a masculinidade como “substratos naturais” do corpo (PRECIADO, 2011). Esse breve 241obrevôo histórico se torna valioso em nosso percurso à medida que parte significativa das categorias presentes no quadro de referências levantado pelas políticas para significar mulher é herdeira de campos disciplinares específicos no universo da medicina, sobretudo a ginecologia e a obstetrícia.

A própria classificação da vida da mulher, como assinalamos no início desse capítulo, tem como referência principal a capacidade reprodutiva feminina. Enquadrar a maior parte das mulheres brasileiras em uma categoria que privilegia sua disponibilidade para a procriação – idade fértil – parece, inevitavelmente, dar o tom das prioridades elegidas pelas políticas. As demais categorias – climatério/menopausa, puberdade – também assinalam a primazia da reprodução no reconhecimento da mulher. Vale notar que ao longo do seu documento de princípios e diretrizes (BRASIL, 2004<sup>a</sup>, p. 44), a PNAISM acaba por considerar a idade fértil como o núcleo central da vida das mulheres, estando a adolescência e o climatério definidos como fases transitórias de “mudanças, transformação e adaptação”. Essa descrição coaduna-se, conforme assinala Emily Martin (2006 [1987]), com o quadro de

referências usado pela medicina para tratar a menopausa e o climatério como marcadores da ruptura do sistema primordial feminino: a fertilidade.

Em relação à velhice, a PNAISM não apresenta dados sobre a situação de saúde de mulheres idosas, tampouco inclui em seu escopo medidas voltadas especialmente a esse grupo, apesar de a normativa contemplar a população feminina a partir dos 10 anos de idade. Ao restringir seu investimento na temática de saúde da mulher idosa à afirmação da necessidade de intervir na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS, a PNAISM indica que não se deterá sobre esse ponto. Ou seja, a atenção dedicada às mulheres idosas consiste em participar da elaboração de uma outra política de saúde voltada especificamente a esse público. Sendo assim, podemos concluir que a mulher idosa não alcança relevância na PNAISM como um grupo específico conforme a política não demonstra considerar a velhice como uma fase da vida legítima de ser contemplada por ações no âmbito da saúde da mulher. O corpo idoso se distancia da definição de mulher, como se a saída de cena da capacidade reprodutiva colocasse em xeque a coerência do corpo feminino e a pertinência de uma intervenção médico-sanitária realizada sob esse signo.

Se a atenção se volta àquilo que é distintamente feminino, o conteúdo dos documentos mostra que o distintamente feminino concentra-se em torno dos órgãos reprodutores. Fora dos limites da zona de alta intensidade corpórea, o conjunto de medidas das políticas não alcança. Desse modo, das demais partes do corpo, outras políticas cuidariam, como é o caso das mulheres idosas. Há algo que ameaça a coerência feminina nas mulheres idosas. Assim como nos vasos sanguíneos e nos pulmões. Se a mulher é concebível somente a partir de seus órgãos reprodutores, como não restringir as ações a eles? Como justificar a pertinência de mobilizar atos de cuidado para além das funções reprodutoras dentro de um campo marcado pelo sexo e pelo gênero?

A abordagem das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) nas políticas, tanto na PNAISM quanto na RC, também revela os sentidos imbuídos na designação do corpo feminino. A questão da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das ISTs ganha espaço nos documentos sempre em referência ao ciclo gravídico-puerperal e em uma perspectiva de diagnóstico e tratamento de sintomas. A oportunidade de discutir IST se apresenta no pré-natal, no puerpério, no planejamento familiar e na atenção ao recém-nascido. As ações justificam-se pela contribuição das ISTs para o aumento dos índices de mortalidade materna e de complicações para a saúde do feto e da criança. Com isso, as ISTs parecem adquirir relevo conforme ameaçam a evolução saudável da gestação e da criança, tornando-se visíveis através

da associação entre sexo – sobretudo a prática heterossexual baseada na combinação vagina e pênis – e procriação. Excluem-se, assim, do horizonte das políticas, as ISTs como eventos que podem estar presentes também na vivência da sexualidade sem fins reprodutivos e das práticas sexuais não heteronormativas.

Falar em sexo heterossexual não é o bastante, pois pode haver práticas sexuais entre uma mulher e um homem que não envolvam, necessariamente, a chamada “penetração vaginal”. O fato de que tais possibilidades estejam ausentes nas políticas, e que estas tomem como óbvia a correlação entre sexo e “penetração vaginal por pênis”, aponta para as técnicas mediante as quais se produz um sujeito de uma identidade sexual. A perspectiva de que o ato sexual corresponde à conexão entre vagina e pênis é hegemônica no espectro de documentos das políticas e traduz uma “relação causa-efeito que une os órgãos e as práticas sexuais em nossas sociedades heteronormativas” (PRECIADO, 2017, p. 135).

### **8.3. A família das políticas: nuclear e heteronormativa**

*E acima de tudo – nem preciso dizer – ela era pura*<sup>129</sup>

Interessa destacar outro fenômeno que permeia a PNAISM e a RC: a pressuposição da heterossexualidade e da família nuclear. A referência à sexualidade aparece sistematicamente atrelada à reprodução nos documentos, de modo a fundir as dimensões da saúde sexual e da saúde reprodutiva, numa perspectiva predominantemente heteronormativa. Dentro do regime sexo-gênero, onde a “heterossexualidade é o estado natural da arquitetura de dois sexos opostos” (LAQUEUR, 2001, p. 278), submetem-se as experiências sexuais e afetivas à manutenção da diferença sexual. Na PNAISM, a saúde das adolescentes é discutida à luz da “maturação sexual” que corresponde ao aparecimento da capacidade reprodutiva como uma “dimensão especial” da sexualidade.

Na RC, assim como na PNAISM, as ações voltadas para o “planejamento familiar” dividem-se entre problemas de infertilidade e contracepção, excluindo outras vias de geração

---

<sup>129</sup> Verso retirado da obra de Virginia Woolf, baseada em um poema de Coventry Patmore, para se referir a um tipo específico de mulher que se coloca como padrão de comportamento. A autora (WOOLF, 2012) descreve o “anjo do lar” da seguinte maneira: “Ela era extremamente simpática. Imensamente encantadora. Totalmente altruísta. Excelente nas difíceis artes do convívio familiar. Sacrificava-se todos os dias. Se o almoço era frango, ela ficava com o pé; se havia ar encanado, era ali que ia se sentar – em suma, seu feitio era nunca ter opinião ou vontade própria, e preferia sempre concordar com as opiniões e vontades dos outros. E acima de tudo – nem preciso dizer – ela era pura. Sua pureza era tida como sua maior beleza – enrubescer era seu grande encanto”. De modo a seguir com sua carreira de escritora e afirmar os valores nos quais acreditava, Virginia Woolf relata, ainda no mesmo texto, que foi preciso matar o “anjo do lar” que nela habitava.

humana que não a do ato sexual heterossexual. O momento privilegiado de ofertar o “planejamento familiar” localiza-se, especialmente na RC, no pós-parto e no puerpério. Ou seja, a proposta de discutir contracepção e prevenção de IST está subordinada à ocorrência da gestação e acontece sob um significante que evoca planos em relação à formação de família. O próprio termo “planejamento familiar” como sinônimo de “planejamento reprodutivo” dá notícia sobre essa construção de uma associação direta entre sexualidade heterossexual, gestação, maternidade e família.

No texto da PNAISM é possível identificar pontos de tensão mais visíveis em relação à onipresença da heterossexualidade do que nos documentos da RC. Além de não pré-definir o sexo dos membros do casal em vários momentos ao longo do documento, a PNAISM se propõe a contemplar mulheres lésbicas em seu horizonte. Embora os pontos elencados na saúde das mulheres lésbicas girem em torno de questões ginecológicas, a presença dessa população no corpo da política corrobora para afirmar a ideia de que é possível ser mulher mesmo que sua prática sexual não se dê com homens. Em outras palavras, é possível para a política pública reconhecer as lésbicas como mulheres e contemplá-las em seu programa desde que elas sejam passíveis de ocuparem o lugar de objeto dos saberes ginecológicos.

A obviedade da família nuclear está indissociavelmente vinculada à heterossexualidade presumida e atravessa as políticas especialmente no olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. Aqui, a mulher não só é heterossexual, como vive em conjugalidade com um homem e é nesse contexto em que ela gesta, pare e é mãe. Sendo assim, o discurso adotado vai deixando ver em que condições e com que sujeitos espera-se que uma mulher experimente o sexo. A formulação sobre o direito a acompanhante no parto e pós-parto presente nos documentos relacionados à Rede Cegonha (BRASIL, 2011b, 2014b, 2015b) é exemplar dessa operação. Nesses textos, a figura predominante da pessoa que acompanharia a parturiente é a do homem – marido da parturiente e pai da criança a nascer.

A associação freqüente entre acompanhante e pai caminha ao lado da menção do trio “bebê, mãe e pai”, que chega a aparecer em alguns casos como uma entidade única: “mãe-bebê-pai” (BRASIL, 2014b, p. 143). A ideia de que gestação e parto dizem respeito a um processo que envolve “um bebê, uma mãe, um pai, uma nova família” (BRASIL, 2011b, p. 8) remete ao paradigma que incentiva a formação de famílias nucleares, a partir da compreensão de que a família é a célula base da sociedade, ou se quisermos, da nação.

Para além dos registros documentais, é notória a sistemática presença da referência à família nos discursos de autoridades públicas ao apresentar, justificar e promover as políticas de

saúde da mulher. Falou-se em: “constituição de uma família”; “defesa da família”; “resgate de valores na família”; “direitos humanos da família”; “apoiar as famílias”; “diversidade de famílias”; “não afrontar a família”; “ter a família como foco principal”. Para além de validar ou criticar cada uma dessas afirmações, interessa assinalar que a narrativa sobre a saúde da mulher parece ser costurada em permanente relação com a categoria da família.

Fabíola Rohden (2001) lembra que para a consolidação da família nuclear como uma instituição central no avanço do capitalismo foi necessário regular e domesticar a sexualidade, sobretudo a feminina. Trata-se de colocar a sexualidade a serviço da sociedade ou socializar o sexo, como diz Thomas Laqueur (2001), no sentido de controlar “as paixões” e “os impulsos irracionais e egoístas” em prol de uma “moral elevada”, cujo princípio consistiria em cumprir com os papéis sociais designados pela própria natureza. O sexo socializado visa, assim, “maiores e mais nobres e legítimos objetivos” – como a formação da família, a geração de novos cidadãos -, do que o sexo não socializado, atrelado a um uso visto como “mais egoísta” do corpo e dos prazeres, especialmente os femininos (LAQUEUR, 2001). Na RC, a moralização do sexo responsável por resultar na gestação é realizada também por meio da figura da cegonha. Nada se passa em torno do desejo sexual.

Além disso, a primazia da família nuclear heterossexual supõe um cenário que demonstra ser viável somente mediante o desprezo de dados sobre a realidade nacional, na qual 17,3% das famílias brasileiras, em 2009, eram constituídas por mulheres com filhos sem a presença de um homem marido e pai (FONTOURA, PEDROSA, 2010). Em 2015, considerando apenas as famílias monoparentais, 87% delas eram compostas por mulheres com filhos, número que aumentou nove vezes no período de 2001 a 2015 (CAVENAGHI, ALVES, 2018). A diversidade dos arranjos familiares que pode se dar, por exemplo, por meio de casais homossexuais e famílias monoparentais, parece estar majoritariamente fora do horizonte das políticas quando se fala em gestação, parto e nascimento. Conforme os documentos se eximem da tarefa de nomear os arranjos heterossexuais, acabam por essencializá-los, localizando-os como o padrão e, por conseguinte, lançando as demais possibilidades no lugar da diferença, do outro. Falamos dos contornos que delimitam os sujeitos mutuamente produzidos e representados pelas políticas, da constituição simultânea e interdependente de sujeitos centrais e sujeitos marginais.

O sexo e a sexualidade direcionados para a construção e manutenção da família nuclear integram o projeto civilizatório marcado por binarismos hierárquicos, entre os quais figuram mente-corpo, público-privado, selvagem-civilizado, masculino-feminino, branco-

racializado (LAQUEUR, 2001; PRECIADO, 2017). Nesse processo, a repressão sexual feminina desempenha um papel fundamental, sendo, para isso, compreendida como o estado normal da mulher<sup>130</sup> que encontra na anatomia do corpo a pré-disposição para a passividade, a domesticidade e a dedicação à família (MARTIN, 2006 [1987]; LAQUEUR, 2001). Nesse sentido, a sexualidade feminina adequada seria aquela passível de moderação e movida por sentimentos de dever e amor conjugal. No que se refere à regulação da sexualidade, Sérgio Carrara (2015) aponta que os contornos do “sexo bom” (ou adequado, desejável, normal) e do “sexo mau” (ou inadequado, indesejável, desviante e, no limite, patológico) são desenhados em relação à presença ou ausência do caráter reprodutivo das práticas (hetero)sexuais, reforçando a articulação entre sexo heterossexual e reprodução humana e social<sup>131</sup>.

A prevalência da conexão entre sexo e procriação não exclui totalmente da cena o sexo sem fins reprodutivos – como se pode ver em momentos pontuais dos documentos, sobretudo na PNAISM. Porém, é colocada em funcionamento uma hierarquia de valores que organiza as práticas sexuais e toma como ponto de partida a reprodução como “finalidade última e mais nobre do sexo” (VILLELA, ARRILHA, 2003), dando lugar de destaque, portanto, à conexão vagina e pênis, sobretudo à ejaculação masculina, em detrimento da masturbação, do estímulo do ânus, do sexo oral e do uso dos chamados objetos eróticos, por exemplo.

O foco direcionado para os órgãos reprodutores manifesta-se, inclusive, no diagnóstico de situação de saúde das mulheres que orienta as prioridades de ação das políticas, quando nem as estatísticas de saúde e a epidemiologia aparentam ter força suficiente para se sobrepor à lógica da diferença sexual. Estamos nos referindo à identificação de doenças e agravos de elevada morbimortalidade que acometem a população feminina. A PNAISM elenca entre seus objetivos específicos reduzir a morbimortalidade por câncer entre as mulheres, mobilizando recursos para o enfrentamento do câncer de mama e do câncer de colo uterino, especificamente. Todavia, as três principais neoplasias, em ordem decrescente, que atingiram as mulheres brasileiras em 2004 foram câncer de mama, câncer de pulmão e câncer de intestino (BRASIL, 2006f)<sup>132</sup>. Não há menção na PNAISM de medidas voltadas à atenção ao câncer de pulmão e nem ao de intestino em mulheres. A RC, por sua vez, nomeia como uma de suas principais metas a diminuição da mortalidade materna, que pretende atingir ignorando um fator crucial para a morte de pessoas gestantes: o aborto voluntário.

---

<sup>130</sup> Isso se vê tanto na medicina, quanto na psicanálise. Conferir: LAQUEUR, 2001; PRECIADO, 2020; RUBIN, [1982] 2017.

<sup>131</sup> Conferir: RUBIN, [1982] 2017.

<sup>132</sup> Em 2011, à época de lançamento da RC, os principais tipos de neoplasias entre as causas de morte da população feminina eram: câncer de mama, câncer de pulmão e câncer de colo uterino (BRASIL, 2012c).

Por fim, cabe registrar que nenhuma das políticas tematiza as doenças do aparelho circulatório – entre as quais se encontram acidente vascular cerebral, infarto e insuficiência cardíaca –, responsáveis por constituir a principal causa de mortes entre mulheres no Brasil, atingindo mais do que o dobro de mulheres em comparação às neoplasias (BRASIL, 2012c). O que é isso que faz com que pulmões, intestinos, vasos sanguíneos e recusa da gestação não caibam na mulher que habita as políticas públicas de saúde especialmente a ela dedicadas? Pela forma como as políticas se constituem, em função dos paradigmas aos quais estão submetidas, elas tornam-se incapazes de abordar a mulher como um todo em seu corpo, por insistirem na hierarquia dos órgãos.

A prevalência da família nuclear no discurso das políticas faz aliança com um dos papéis mais reconhecidamente femininos: o do cuidado. Essa narrativa implica em que não é suficiente à mulher ser meramente uma procriadora, uma vez que deve exercer a reprodução dentro de um contexto no qual o casamento e a família nuclear se imponham, ou seja, onde a mulher seja esposa e mãe. O compromisso da mulher com a manutenção da família e da sociedade demanda que ela ocupe uma posição de “reserva moral da sociedade, na medida em que está mais próxima da religião, do amor, da abnegação e da dedicação aos outros” (ROHDEN, 2001, p. 137).

Na introdução do documento de princípios e diretrizes da PNAISM, a magnitude da função de cuidadora exercida pela mulher é mencionada. O texto reconhece que é a mulher quem acompanha cônjuge, crianças, familiares, vizinhos e amigos ao serviço de saúde, tomando parte no cuidado de saúde destes na rotina. Doravante, ao discutir a desigualdade de gênero, fala-se de forma crítica nas múltiplas jornadas de trabalho da mulher, considerando que é ela quem se responsabiliza pelas tarefas domésticas e cuidados gerais da família.

Angela Davis (2016) e Silvia Federici (2019) argumentam que para o avanço do capitalismo industrial, foi preciso que a economia doméstica passasse a ser desvalorizada, a partir de uma inferiorização das atividades que incluem desde criação, educação e socialização das crianças, a cozinhar, lavar, limpar e cultivar (agricultura de subsistência): “quanto mais as tarefas domésticas das mulheres eram reduzidas, devido ao impacto da industrialização, mais intransigente se tornava a afirmação de que ‘o lugar da mulher é em casa’” (DAVIS, 2016, p. 50). O que os estudos sobre a medicina da mulher (LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002) nos mostram é a contribuição da ciência para a produção de um lugar no corpo que acomodasse os papéis sociais da mulher. Dessa maneira, a



afirmação de que é a própria natureza quem conduz a mulher para essas funções foi investida de cientificidade.

A inscrição da mulher no espaço doméstico é indissociável da reiteração de seu exercício como cuidadora, sendo tal operação possível de ser vislumbrada nos documentos. Tanto a PNAISM quanto a RC dispõem sobre o planejamento familiar, embora a primeira se demore mais no tema do que a segunda. As medidas voltadas a esse respeito incluem, principalmente, educação e aconselhamento em saúde, valorização da paternidade e fornecimento de métodos anticoncepcionais. Considerando que tais ações correspondem mais diretamente ao modelo heterossexual de família nuclear, não podemos negligenciar o fato de que ao situar essa temática exclusivamente nas políticas de saúde da mulher<sup>133</sup> está-se promovendo a mulher como a responsável por manejar o planejamento reprodutivo e, portanto, como a potencial culpada diante de eventuais fracassos (CABRAL, 2011).

De modo similar percebemos o tratamento dado à atenção à saúde da criança até dois anos de idade, contemplada pela Rede Cegonha. Tendo em vista que a RC, assim que implementada, tornou-se a principal política de saúde da mulher do Ministério da Saúde, chama a atenção que seja esse – a saúde da mulher – o território escolhido para dar conta da saúde da criança. Diante dessas questões, podemos compreender que o cuidado com crianças e com a regulação da concepção recai sobre a mulher, mesmo no contexto de uma normativa que se propôs a um olhar crítico a partir da perspectiva de gênero – caso da PNAISM. A noção de que é a mulher a responsável não só pela concepção e contracepção, mas também pela manutenção da saúde da criança integra o processo permanente de fabricação de estabilidade e fixação do sistema de produção dos sexos, uma vez que localiza na condição orgânica feminina a tendência para a procriação e o cuidado, especialmente dentro do ambiente doméstico.

#### **8.4. O controle da reprodução incide sobre a mulher**

*É como se eles dissessem: vocês que se lasquem. E deixam a gente se lascar bem lascada, porque nem o aborto previsto em lei está sendo cumprido*<sup>134</sup>

---

<sup>133</sup> Convém notar que as ações de planejamento familiar no Brasil não estiveram desde sempre sob a tutela da área da saúde, permanecendo, até meados dos anos de 1970, sob a alçada das políticas demográficas. Conferir: FONSECA SOBRINHO, 1993.

<sup>134</sup> Comentário de Fátima Oliveira (2012b) a respeito do comportamento da gestão do Ministério da Saúde, à época da Rede Cegonha, em relação aos direitos reprodutivos das mulheres.

Délcio da Fonseca Sobrinho (1993), em seu clássico estudo sobre planejamento familiar no Brasil, avalia que durante grande parte do século passado o país esteve comprometido com uma postura em relação à natalidade atravessada pela conjugação entre progresso, desenvolvimento, eugenia e racismo com vistas a contribuir para a “evolução” da sociedade brasileira através do crescimento quantitativo e qualitativo da população<sup>135</sup>. A preocupação com a “qualidade” do povo, questão eminente para o Brasil a partir do final do século XIX<sup>136</sup>, encontra no controle da reprodução, principalmente nos corpos femininos, um terreno fértil para a legitimação de práticas intervencionistas e, frequentemente, também autoritárias e violentas.

A articulação entre uma medicina da mulher e a diferença sexual é fundamental para a concepção hegemônica de planejamento reprodutivo. Na medida em que a capacidade reprodutiva da mulher é vista como uma função social, ela é acompanhada de perto por uma regulação de seu corpo por parte das ciências, do Estado e também de agências não-estatais. Para além da investigação de patologias e agravos, o que passou a estar em jogo dizia respeito à normalização dos corpos e da reprodução. A respeito da dinâmica que circunscreve mais diretamente a mulher, Elisabeth Vieira (2002, p. 24) argumenta que

A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social.

A intervenção no corpo da mulher no Brasil vem, historicamente, incidindo de modo mais intenso e sistemático em grupos populacionais específicos, como as mulheres pobres e racializadas (sobretudo, pretas), partindo de um princípio segundo o qual nem todas as mulheres são vistas como “corpos para a reprodução da nação, e sim como corpos ‘desviantes’ (elementos divergentes) a serem monitorados médica e legalmente” (PRECIADO, 2018b, p. 197). A “qualidade” de povo desejada para o projeto de nação buscou se realizar, entre outras práticas, por meio de: incentivo à vinda de imigrantes da Europa ocidental na virada do século XIX para o XX, branqueamento da população nas primeiras décadas de 1900 e esterilização de mulheres pobres, negras, com transtorno mental ou com

---

<sup>135</sup> Há um extenso debate, acompanhado por uma igualmente farta bibliografia, sobre a dinâmica dos movimentos pró-natalistas e controlistas no Brasil do século passado. Para saber mais, sugerimos conferir: FONSECA SOBRINHO, 1993.

<sup>136</sup> A qualidade do povo brasileiro foi um problema formulado de modo a responder ao dito “atraso no desenvolvimento” do país, no final do século XIX e início do século XX. A aposta na imigração para “embranquecer” a população e o fortalecimento da eugenia são elementos que compõem esse cenário que será também o palco da institucionalização da Saúde Pública no Brasil. Para saber mais, conferir: CONCEIÇÃO, 2020.

deficiência intelectual<sup>137</sup>. As técnicas de controle dos corpos através da reprodução vêm carregadas de uma intenção de “higienização racial e social”, classificando mulheres em adequadas ou inadequadas a gerar descendência e promovendo, em diversos contextos, esterilizações sistemáticas (CARNEIRO, 2003; SILVA, GARCIA, 2019).

O controle da reprodução é trabalhado nas duas políticas analisadas de forma desigual. A PNAISM debruça-se com maior detalhe sobre esse tema, dedicando-lhe um de seus objetivos específicos. No Plano de ação 2004-2007 (BRASIL, 2004b), o objetivo de estimular a implantação do planejamento familiar traz duas de suas cinco metas dedicadas a tratar sobre métodos contraceptivos (reversíveis e não reversíveis). Alguns dos indicadores selecionados para acompanhar a implementação do planejamento familiar são: número de mulheres e homens usando métodos anticoncepcionais reversíveis; número de mulheres e homens que realizaram esterilização; e distribuição de kits de métodos anticoncepcionais para estados e municípios.

Nos documentos inaugurais da RC (BRASIL, 2011a, 2011b), o componente relacionado ao puerpério e à saúde da criança lista a orientação e a oferta de métodos anticoncepcionais entre suas ações, com a justificativa de que o acesso à contracepção é parte do enfrentamento da morbimortalidade materna e infantil. Diante das diferenças entre ambas as normativas, vemos que o tema da contracepção é paulatinamente esvaziado no âmbito das políticas de saúde da mulher dos anos 2000. Entretanto, considerando a magnitude do uso de contraceptivos e as características específicas com as quais estes incidem sobre os corpos femininos, faz-se relevante problematizar alguns pontos dessa relação.

A amplitude da disseminação da esterilização feminina como método contraceptivo é visível nos relatórios das duas edições da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) (BEMFAM, 1997; BRASIL, 2009b), cujos dados demonstraram que os principais métodos utilizados por mulheres vivendo em conjugalidade<sup>138</sup> eram a laqueadura tubária e a pílula anticoncepcional. Na primeira edição da pesquisa, a ocorrência da laqueadura foi maior do que todos os outros métodos, ao passo que, em 2006, o procedimento apareceu em segundo lugar com uma diferença pequena em relação ao primeiro colocado – a pílula. As pesquisas mostraram que entre aquelas mulheres que alegaram o uso de algum método

---

<sup>137</sup> Para conferir trabalhos sobre branqueamento, eugenia e imigração, ver: GONÇALVES, 2010; RIBEIRO, 1995; WEGNER, SOUZA, 2013. Sobre esterilização de mulheres com transtorno mental: SILVA, GARCIA, 2019. A respeito de esterilização de mulheres negras: CARNEIRO, 2003; OLIVEIRA, 2003. Sobre esterilização de mulheres pobres: VIEIRA, 1994. E para um estudo acerca de políticas contemporâneas de controle da natalidade, ver: TEIXEIRA, 2018.

<sup>138</sup> Importa notar que para investigar as tendências populacionais de concepção e contracepção, a PNDS estratifica as mulheres em unidas e não unidas, prevalecendo vinculação entre sexualidade e conjugalidade.

contraceptivo: 40,1% das mulheres estavam laqueadas e 20,7% sob ingestão de pílula anticoncepcional, em 1996; ao passo que em 2006, essas taxas eram de 25,9% e de 27,4%, respectivamente.

A análise discriminada por categorias como escolaridade e renda mostra que, ao longo do período, a laqueadura tubária permanece sendo o primeiro método contraceptivo usado por mulheres de baixa renda e com pouca escolaridade – índice cinco vezes maior do que para as mulheres mais escolarizadas, em 2006. Comparando as classes econômicas, vemos que em 2006, a esterilização feminina permanece à frente da pílula entre as classes baixa e média-baixa. Esse cenário somente se transforma ao considerar as classes média, média-alta e alta, onde a pílula se sobressai à laqueadura. Com isso, entendemos que o recorte econômico e educacional é imprescindível para avaliar a distribuição das técnicas contraceptivas entre as mulheres, exibindo as diferentes formas de assujeitamento a que estão expostas<sup>139</sup>.

Vale registrar que embora outros métodos como camisinha, dispositivo intra-uterino (DIU) e esterilização masculina tenham aumentado em prevalência, a esterilização feminina se mostrou mais predominante do que esses e manteve taxas elevadas, tanto em 1996, quanto em 2006. Levando em conta que a esterilização feminina e a pílula anticoncepcional respondem por mais de dois terços de todo o manejo de contracepção no país (BRASIL, 2009b), concluímos que: os mais relevantes mecanismos de controle da fecundidade incidem sobre o corpo feminino de modo químico e/ou estrutural, não implicam igualmente o casal heterossexual e acompanham a marginalização de alguns grupos na sociedade.

É a partir da década de 1960, conforme assinala Cristiane Cabral<sup>140</sup> (2011), que os métodos contraceptivos passam, em sua maioria, a serem destinados quase exclusivamente ao corpo feminino. Até então, prevalecia um misto de técnicas de controle de fecundidade que ou visavam unicamente ao homem – camisinha –, ou envolviam ambas as partes interessadas no ato sexual – como coito interrompido e abstinência sexual, por exemplo. Contudo, no que diz respeito à saúde pública – tanto como campo do conhecimento quanto de práticas – o desenvolvimento de técnicas de contracepção não foi acompanhado por um debate sobre sexo, erotismo e prazer. A autora identifica que a saúde pública padece de assepsia sexual: “é como se o manejo efetivo da contracepção – muitas vezes reduzido a questão da informação e do

---

<sup>139</sup> Sobre a seletividade da oferta contraceptiva atualmente no Brasil, conferir: BRANDÃO, CABRAL, 2021.

<sup>140</sup> Cristiane Cabral graduou-se em psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e atualmente é professora e pesquisadora vinculada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pesquisadora associada do Programa de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, e do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, Cristiane Cabral tem extensa produção bibliográfica relacionando gênero, sexualidade e contracepção. Integrou a equipe técnica do Curso de Formação Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça (GPP-GeR), entre 2009 e 2010, voltado para gestores do SUS.

acesso aos métodos anticoncepcionais – permitisse uma total desvinculação entre sexualidade e reprodução” (CABRAL, 2011, p. 16).

A aquisição e a distribuição de pílula anticoncepcional compõem uma das principais estratégias do planejamento reprodutivo das políticas de saúde da mulher, sendo o principal método contraceptivo usado por mulheres em geral em relações conjugais heterossexuais no país (BRASIL, 2009b)<sup>141</sup>. Diante do papel central do governo federal na aquisição e distribuição do medicamento, entendemos que a pílula proporciona que este nível da administração alcance as diversas regiões e os muitos municípios do país.

Ao falar sobre a mais prevalente estratégia de planejamento reprodutivo, falamos sobre um composto de hormônio sintético de uso contínuo, cujas moléculas são as mais usadas na história farmacêutica mundial (PRECIADO, 2018b). A pílula constitui também um dos medicamentos mais difundidos cuja indicação de uso não deriva, necessariamente, do diagnóstico de uma patologia subjacente (NUCCI, 2012; SILVA, 2017)<sup>142</sup>. Vale dizer que a invenção da pílula está diretamente associada à invenção dos hormônios enquanto artefatos biológicos e científicos. Identificados como “mensageiros químicos da feminilidade e da masculinidade” (OUDSHOORN, 1994), os hormônios acabam funcionando como mais um substrato orgânico a ser usado para validar e reiterar a diferença sexual – ainda que qualquer ser humano produza tanto os hormônios classificados como femininos quanto os ditos masculinos (PRECIADO, 2018b). No que tange aos corpos femininos, importa observar que a invenção dos hormônios corrobora acentuadamente com a construção da mulher como sujeito governado por sua condição biológica.

Ao discutir a disseminação da pílula torna-se imprescindível atentar para o caráter racista e colonialista com o qual a substância foi testada e distribuída, tanto no Brasil, quanto em outros países, sobretudo latino-americanos (PIMENTEL, JANNOTTI, GAUDENZI, TEIXEIRA, 2017; PRECIADO, 2018b; SILVA 2017). A indústria farmacêutica promoveu, em aliança com médicos e, em algumas ocasiões, instituições asilares (hospitais de longa permanência e presídios), amplos ensaios com populações vulneráveis (PIMENTEL, JANNOTTI, GAUDENZI, TEIXEIRA, 2017). Esse cenário demonstra que a fertilidade de algumas mulheres – sobretudo as consideradas desviantes (loucas, negras, com deficiência,

---

<sup>141</sup> A pílula tem sido largamente consumida na tentativa de controlar a acne, reduzir efeitos desconfortáveis associados ao ciclo menstrual, interromper a menstruação, entre outros, estando desassociada em muitos casos à intenção anticoncepcional. Sendo assim, consideramos que pode ser impreciso interpretar os dados relativos à sua distribuição apenas como informações referentes a métodos contraceptivos.

<sup>142</sup> Substâncias farmacêuticas de uso humano não associadas exclusivamente a patologias têm sido chamadas de “drogas de estilo de vida”. Para saber mais, conferir: NUCCI, 2012.

pobres) foi (e é) vista como mais problemática do que o uso prolongado de substâncias cuja segurança não foi determinada<sup>143</sup>. Portanto, a pílula pode circular também como uma técnica de controle de gênero e de raça, para além de controle da procriação humana (PRECIADO, 2018b).

Reconhecida como o motor da revolução sexual dos anos de 1960 e a responsável pela liberação feminina, a pílula viu sua fama e seu alcance crescerem ao longo das décadas, inclusive no meio dos movimentos feministas e de mulheres (NUCCI, 2012; SILVA, 2017). Entretanto, a liberação não parece ter apontado para um caminho de experimentação de prazeres ou de investigação erótica do próprio corpo e do corpo de outrem (PRECIADO, 2018a). Tampouco a revolução sexual parece ter sido acompanhada de uma maior satisfação sexual das mulheres, sobretudo as heterossexuais<sup>144</sup>, dado que o índice de mulheres que relatam ausência de orgasmo e desinteresse sexual pelo parceiro é consideravelmente alto<sup>145</sup>.

Ambas as edições da PNDS (BEMFAM, 1997; BRASIL, 2009b) acusam o aumento da presença da pílula entre mulheres de todos os estratos econômicos. As muitas décadas que separam essas pesquisas da chegada do composto hormonal no país mostram que um dado persevera: o Estado não é a principal via de acesso à pílula pelas mulheres. O que se constata é a predominância massiva dos estabelecimentos comerciais como fonte de obtenção da pílula: em 1996, mais de 80% das mulheres recorriam às farmácias, ao passo que em 2006 esse índice era de, em média, 68%.

Se, por um lado, essa informação traz visibilidade para o papel crucial do mercado e da indústria farmacêutica na difusão da pílula anticoncepcional, por outro ela não significa que o Estado esteja situado fora da equação. A promoção da pílula como um dos mais importantes métodos contraceptivos não acontece sem a atuação das políticas públicas e dos serviços de saúde, como podemos ver nas normativas aqui estudadas, especialmente na PNAISM. O controle de fecundidade representado pela pílula não começa e nem termina com a pessoa que absorve os compostos de hormônios sintéticos. Operando como uma técnica governamental e endocrinológica de regulação de natalidade, a pílula integra um “processo

---

<sup>143</sup> Fátima Oliveira (2003) aponta uma diversidade de dados que indicam a discrepância da incidência de regulação sobre a reprodução entre mulheres negras e brancas, expondo as primeiras a processos mais invasivos e definitivos do que as segundas. Nesse sentido, a pílula e seus similares atuam como um mecanismo de “eugenia biotecnológica neocolonial” (PRECIADO, 2018b, p. 203-4).

<sup>144</sup> Em levantamento com mais de cinquenta mil pessoas realizado nos Estados Unidos da América, 65% das mulheres heterossexuais relataram ter orgasmo nas relações sexuais com os parceiros, ao passo que entre mulheres homossexuais esse índice foi de 86% e entre mulheres bissexuais, 66% (FREDERICK, JOHN, GARCIA, LLOYD, 2017).

<sup>145</sup> Pesquisa realizada em 27 países, com cerca de doze mil pessoas participantes, demonstrou que 58% das mulheres relatam insatisfação com a vida sexual (MULHALL, KING, GLINA, HVIDSTEN, 2008).

biopolítico mais amplo de medicalização e regulação farmacológica da vida privada” (PRECIADO, 2018b, p. 188).

A regulação sexual e farmacológica do corpo feminino impulsionada pela pílula se dá tanto pela manipulação da fertilidade, quanto pelos próprios efeitos do uso da substância. Entre os mais conhecidos efeitos colaterais estão: variação do humor, com tendências mais acentuadas para a depressão; alterações metabólicas (como aumento do colesterol e da retenção de líquido); diminuição da massa muscular; cefaléia; aumento no tamanho das mamas e na sensibilidade das mesmas; diminuição da libido; aumento do risco de desenvolver câncer de mama; vertigens; náuseas; e problemas cardiovasculares (trombose venosa e arterial, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial sistêmica, por exemplo)<sup>146</sup>.

A literatura médico-farmacêutica lista também o que chama de “efeitos benéficos à saúde” promovidos pelo medicamento, entre os quais constam: proteção contra gravidez, redução de problemas de sangramento menstrual e combate à hiperandrogenia<sup>147</sup>. A hiperandrogenia é uma condição marcada pela “virilização” do corpo feminino, ou seja, pelo surgimento em mulheres de características tidas como masculinas. São elas: acne; hirsutismo (aumento de pêlos no corpo); diminuição do volume da menstruação; libido aumentada; alteração no timbre de voz; calvície; alteração na distribuição de massa muscular (aumento da massa); e aumento do clitóris<sup>148</sup>.

Diante do acima exposto, vemos que o composto hormonal, através de seu uso contínuo e sistemático, colabora para a produção em massa de mulheres emocionalmente instáveis, sem libido, inchadas e com agravos circulatórios. Além de operar uma readequação naquelas mulheres que, por algum motivo, estão vivenciando em seus corpos processos tidos como masculinos. Sobre isso, Paul Preciado (2018b, p. 220) afirma que a pílula tem o “potencial para mudar o comportamento, programar ações, regular a atividade sexual, controlar o crescimento da população e a pureza racial e redefinir a aparência sexual (refeminizando-a sinteticamente) de corpos”. É nesse sentido, portanto, que podemos dizer que a pílula supera a esterilização cirúrgica feminina em eficácia de produção de identidade sexual.

A pílula anticoncepcional também promoveu a abertura de outra frente de avanço para as tecnologias contraceptivas ao possibilitar que a mulher prescindia do médico e do hospital,

---

<sup>146</sup> Sobre os efeitos colaterais dos compostos hormonais anticoncepcionais, conferir: BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011; FERREIRA, D’AVILA, SAFATLE, 2019; HERNÁNDEZ, MARTÍNEZ, GÓMEZ, 2000.

<sup>147</sup> Para saber mais a respeito dos “benefícios à saúde” de anticoncepcionais hormonais, conferir: OMS, CPC, 2007; FINOTTI, 2015; SILVA, 2017. Detalhes sobre a síndrome hiperandrogênica podem ser encontrados em: POLISSENI *et. al.*, 2011.

<sup>148</sup> O clitóris é um órgão de rico enervamento, com sensibilidade multiplicada em comparação com vagina e pênis. Para saber mais sobre sua estrutura e potencialidades, conferir: DINIZ, 2003.

uma vez que ela é colocada em contato direto com a substância e, portanto, com o mercado. Sendo assim, podemos entender que a pílula, em comparação com a esterilização feminina, proporciona a transição espacial de um modo de intervenção institucionalizado (hospital), para instalar seu aparato tecnofarmacológico no espaço doméstico privado; bem como a transição temporal de um evento pontual (a cirurgia) para uma relação contínua, diária e de longo prazo entre os corpos e os compostos bioquímicos<sup>149</sup>.

Tal cenário reflete a lógica neoliberal contemporânea, onde é imputada ao indivíduo – sobretudo o feminino – a responsabilidade em gerir sua fertilidade tendo como objetivo atender a modelos sexuais e reprodutivos pré-estabelecidos, incorporando, nesse movimento, práticas de consumo de bens e tecnologias (BRIAN, GRZANKA, MANN, 2020). E isso se passa tanto com a pílula quanto com a esterilização feminina, na medida em que esta toma a “forma de uma escolha, voluntária, individual, predominantemente uma decisão da mulher legitimada pela medicina” (VIEIRA, 2002, p. 65) – ainda que o real grau de autonomia dessa decisão seja questionável. Sendo assim, entendemos que as políticas públicas de saúde da mulher se inserem nesse contexto, através de medidas que tanto reiteram a normalização de corpos segundo a lógica da diferença sexual quanto fomentam e participam do complexo industrial farmacológico.

A feminização fabricada discursiva e materialmente pela pílula contribui para que os corpos das mulheres sejam acionados enquanto um “sistema público reprodutivo” (PRECIADO, 2018b), informado também por interesses higienistas e racistas. As políticas de saúde da mulher enquanto tributárias (e promotoras) desse sistema sexo-gênero reforçam a “mulher natural” – corpo e comportamento integrados a partir do reconhecimento de funções e órgãos reprodutores -, mesmo que ela tenha que ser fabricada farmacologicamente<sup>150</sup>.

O tratamento assimétrico dado a contraceptivos femininos e masculinos nos proporciona uma mirada por outro ângulo do mesmo processo de produção, manutenção e defesa da diferença sexual sobre o qual nos debruçamos. Durante todo o século XX não houve

---

<sup>149</sup> Essa reflexão sofre um giro quando se leva em consideração os métodos contraceptivos hormonais reversíveis de longa duração (LARC), pois diversas iniciativas governamentais nos diferentes níveis têm implementado critérios seletivos de distribuição dos LARC a partir de um viés discriminatório. Ao tratar a reprodução em termos de comportamento individual, tais medidas corroboram para a perpetuação de iniquidades em saúde e para a promoção do consumo de bens e tecnologias em saúde, e, portanto, para os processos de medicalização dos corpos e da sociedade. Para saber mais, conferir: BRANDÃO, CABRAL, 2021.

<sup>150</sup> De acordo com Margareth Arilha, em entrevista concedida a Cristiane Cabral e Regina Barbosa (CABRAL, BARBOSA, ARILHA, 2020), a ONU desempenha um papel chave na determinação das opções de contraceptivos a serem adotados pelos países em suas políticas de saúde, dando preferência aos compostos hormonais femininos. O impacto dessa atuação é forte o suficiente para definir a predominância de certos métodos sobre outros e alcança maior potencial de inserção em países considerados menos desenvolvidos. Sendo assim, o que se vê é uma espécie de imperialismo hormonal de produção de feminilidade em larga escala.



a invenção de nenhum novo método contraceptivo (hormonal ou não) voltado especificamente a homens (OUDSHOORN, 2003). O investimento na produção de um saber específico na medicina sobre as genitálias e as funções reprodutivas do corpo masculino tampouco encontrou paralelo em relação ao que representam a ginecologia e a obstetrícia na produção de verdade sobre a mulher – dentro e fora do campo médico<sup>151</sup>.

Um dos pontos que interessa destacar sobre o desenvolvimento de contraceptivos masculinos é a impossibilidade (até o presente momento) de se estabelecer a legitimidade de um fármaco ingerível com propriedades anticoncepcionais para homens. Para além dos métodos de barreira (camisinha), o que se nota é uma relevante dificuldade em tornar os homens usuários da pílula, tanto pela vinculação entre a virilidade e a capacidade reprodutiva, e uma menor incidência histórica de medicalização sobre o corpo masculino – especialmente no que concerne à reprodução (PEREIRA, AZIZE, 2019) -, como pela alta lucratividade da indústria farmacêutica com as pílulas femininas<sup>152</sup>. Segundo Nelly Oudshoorn (1994, p. i), no meio científico, “o poder de controlar o sexo e o corpo não está restrito ao domínio de textos e de ideologias”<sup>153</sup>, uma vez que articula uma rede complexa de artefatos, procedimentos, instrumentos e protocolos.

Diante do caso dos anticoncepcionais femininos e masculinos, vislumbramos a intensidade da disseminação de práticas que operam simultaneamente como fabricantes e guardiãs das fronteiras do sexo e do gênero, colaborando diretamente para a “construção tecnológica e teatral da verdade natural dos sexos” (PRECIADO, 2017). A manipulação hormonal a serviço da reiteração de códigos de sexo e gênero binários está diretamente associada ao discurso sobre a sexualidade, sobretudo a feminina, que se vê subordinada ao exercício da reprodução (BARSTED, 2003).

---

<sup>151</sup> Vista como a disciplina correspondente da ginecologia nos estudos sobre o homem, a andrologia é concebida somente no século XX e reúne poucos adeptos, não chegando a ser uma subárea bem estabelecida da medicina (ROHDEN, 2001). No conjunto das diversas discrepâncias entre a ginecologia e a andrologia podemos mencionar: a ausência de uma qualificação do homem através da ideia de ciclos da vida e a não sujeição da autonomia do homem aos hormônios ditos masculinos. Ainda que o homem não seja fértil desde seu nascimento até a senescência, o início e o término de sua capacidade fértil não parece se reverter em marcadores de vida. E em relação aos hormônios, ainda que a testosterona (principal hormônio reconhecido como masculino) contribua para forjar a naturalidade do comportamento masculino, essa relação não se dá em um nível de dominação e alienação, como no caso da mulher.

<sup>152</sup> Ao longo das décadas, diversos protótipos de anticoncepcionais bioquímicos reversíveis para homens foram desenvolvidos e testados, sendo que muitos conseguiram provar eficácia contraceptiva superior a 90%. Entretanto, a observação dos efeitos colaterais dessas substâncias em homens tem levado à interrupção dos testes e ao abandono das pesquisas (PEREIRA, AZIZE, 2019). Nota-se que efeitos colaterais comuns e aceitáveis quando se considera a contracepção feminina manifestaram-se também em corpos masculinos nos testes clínicos de anticoncepcionais para homens, porém levando a conclusões divergentes acerca da segurança dos compostos para os distintos públicos. O aparente baixo nível de tolerância das agências sanitárias reguladoras para os efeitos colaterais dos compostos hormonais contraceptivos masculinos é em si também um analisador do quanto os processos tecnocientíficos ligados à biomedicina têm sua lealdade constituída para com o sistema sexo-gênero.

<sup>153</sup> Tradução livre de: “the power to control sex and the body is not restricted to the domain of texts and ideologies”.

Também o aborto voluntário não recebe tratamento nesse conjunto de ações, sendo silenciado seu uso como um recurso de planejamento reprodutivo. Embora o aborto voluntário seja criminalizado no Brasil, salvo poucas exceções<sup>154</sup>, seu emprego como uma alternativa possível diante de uma gravidez não-desejada não deve ser desprezado (CABRAL, 2011). Mesmo que uma política de saúde não tenha a legitimidade jurídica necessária para legalizar o aborto, em se tratando de implementar medidas efetivas de planejamento reprodutivo, é importante que se estabeleçam ações de cuidado que considerem a magnitude com que essa prática ocorre no país. Segundo Angela Davis (2016), se entendermos o planejamento reprodutivo como um pré-requisito para o fortalecimento da autonomia das mulheres, então o aborto precisa ser incluído ao lado dos métodos anticoncepcionais<sup>155</sup>.

O debate sobre métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo nas políticas públicas de saúde da mulher se dá atrelado ou à procriação ou à queixa (ISTs), passando ao largo de uma abordagem da sexualidade em sua complexidade (VILLELA, 1999). Nesses termos, as ações ofertadas dentro do tema da sexualidade podem girar em torno apenas da “obtenção do comportamento preventivo esperado” (VILLELA, 1999, p. 321), negligenciando a reivindicação dos movimentos feministas a respeito do direito ao prazer e ao livre exercício da sexualidade. Considerando a complexa correlação de forças que permeia o campo do planejamento reprodutivo, destacamos a afirmação de Nelly Oudshoorn (1994, p. 112), de que “a arena do controle de fecundidade era, e ainda é, um universo intensamente político onde ideologias de controle de fecundidade se combinam com imperialismo cultural”<sup>156</sup>, dando vida a cenários como o brasileiro, onde a desigualdade social atua como um dos vetores organizadores das ações em saúde.

O avanço sobre o corpo da mulher como parte do projeto de governo da população faz com que ela seja colocada no centro das políticas reprodutivas por meio de uma tentativa de desapropriação de seu corpo, especialmente de determinados órgãos e processos. A subordinação do erotismo e da sexualidade ao sexo reprodutivo envolve também uma pedagogia responsável por um código moral da sexualidade, cujo padrão-ouro é determinado pela heterossexualidade. Mediante sua dita propensão orgânica para gestar, parir e maternar, a mulher assume a incumbência de administrar o planejamento reprodutivo e será sobre ela que a medicina e seu

---

<sup>154</sup> No Brasil, o aborto voluntário é permitido em casos de estupro, anencefalia fetal e grave risco à vida da gestante. Como pudemos observar no estudo presente nesta pesquisa sobre a Rede Cegonha, há um conjunto de frentes conservadoras mobilizado para recrudescer ainda mais essa legislação.

<sup>155</sup> Sobre este debate, conferir também: FERRAND, 2008.

<sup>156</sup> Tradução livre de “The birth control arena was, and still is, a highly political world in which birth control ideologies mix with cultural imperialism”.

aparato instrumental e farmacêutico se precipitarão com maior avidez. A flagrante discrepância no desenvolvimento e disseminação de técnicas contraceptivas entre mulheres e homens acompanha a desigual atribuição de funções, de intervenções e de saberes sobre seus corpos.

Além disso, a distribuição de técnicas contraceptivas se dá de modo desigual entre as mulheres, especialmente no que concerne a classe social e raça<sup>157</sup>, fazendo com que o discurso que prega a tendência hegemônica dos compostos hormonais dentre os demais métodos contraceptivos adquira um caráter simplista e descolado da realidade concreta da maioria da população feminina no Brasil. O que se visibiliza com essa dinâmica são as diversas formas através das quais a lógica racista e colonialista permeia, articula e informa ações em saúde reprodutiva. Sendo assim, torna-se impossível dissociar a produção normativa do sistema sexo-gênero da produção de diferenças hierárquicas de raça, etnia, classe, região, sendo ambas responsáveis por constituir a discursividade e a materialidade dessas classificações ao inscreverem nos corpos as suas marcas.

## **8.5. Gestar, parir e maternar – a santa trindade do corpo feminino**

Outro ponto inescapável de análise sobre a gramática da mulher empregada pelas políticas públicas de saúde reside na temática da maternidade. Associada pela “natureza” à capacidade de gestar e parir humanos, a mulher das políticas públicas de saúde vê na gestação e na maternidade o estabelecimento, para si, de um lugar incontestável de objeto de intervenção médico-sanitária.

À primeira vista, pode parecer paradoxal que uma mesma normativa se debruce sobre contracepção e priorize o ciclo gravídico-puerperal, todavia não se trata somente de ter ou não filhos, mas sim de colocar em funcionamento uma gestão da fecundidade. De acordo com Maria Galindo (2013), os Estados tanto freiam, quanto fomentam a fertilidade, seguindo critérios utilitaristas de sua própria conveniência. O que está em jogo é a regulação e a administração da reprodução. Sendo assim, se concepção ou contracepção, o que se nota são gradações se movendo em um mesmo eixo, pois é disposta “entre estes dois extremos do universo da reprodução, uma densa trama de relações sociais, atos institucionais e dinâmicas

---

<sup>157</sup> Ambas as edições da PNDS não se aprofundaram no recorte étnico em relação à contracepção. Para saber mais sobre saúde reprodutiva e etnias indígenas, consultar: ALMEIDA, 2018; AZEVEDO, 2009; PAGLIARO, MENDONÇA, BARUZZI, 2009. E sobre saúde reprodutiva e imigração contemporânea, ver: ALLEBRANDT, DAMBRÓS, WINCK, 2017; BAHIA, SANTOS, 2015.

de poder muitas vezes invisíveis, mas sempre determinantes das trajetórias biográficas dos agentes nela enredados” (FERREIRA, 2011).

Ao investigar as teses inaugurais da ginecologia e da obstetrícia no Brasil, Fabíola Rohden (2001) encontra relatos que identificam na natureza feminina a inclinação para o casamento, a constituição da família e a criação dos filhos. O que emerge nessa narrativa é que é próprio da mulher – porque constitui sua compleição - atender ao dever cívico de formar cidadãos para o país e de se comprometer com a manutenção da família, em consonância com os parâmetros do “desenvolvimento da raça humana” (COELHO *apud* ROHDEN, 2001, p. 138). No âmbito das políticas de saúde e dos direitos das mulheres, as “sensibilidades morais elevadas do organismo feminino” (LAQUEUR, 2001, p. 251) - ou seja, sua propensão natural à procriação e à maternidade - são a porta de entrada para a mulher no espaço público e também na cidadania.

A dedicação das políticas públicas de saúde da mulher à reprodução é notável e já muito documentada por meio de estudos, críticas e análises realizados tanto no meio acadêmico, quanto pelos movimentos sociais. Como vimos anteriormente, o privilegiamento dessa temática na área da saúde representado, sobretudo, pela corrente do materno-infantilismo, permeia as ações de assistência, a formação profissional e a produção de conhecimento. Ainda que o PAISM e a PNAISM sejam marcos reconhecidos de expansão do escopo das políticas para mulheres na saúde, é seguro afirmar que a atenção ao ciclo gravídico-puerperal não experimentou sérias ameaças à manutenção de seu posicionamento entre os principais tópicos em saúde da mulher, ao longo do período investigado.

A incidência de maior atenção e recursos nas ações em torno da gestação e do parto, em comparação a outros pontos levantados pelas políticas, pode ser vista na PNAISM e na RC, com a notável diferença de que nesta última, esse é o principal objetivo do conjunto de propostas da normativa. Falar em maternidade ao falar do ciclo gravídico-puerperal ganha sentido uma vez que ambas as políticas consideradas supõem uma vinculação inerente entre gestação e maternidade. Já nos deparamos com essa questão quando discutimos o uso de termos como “mortalidade materna” em situações nas quais se buscava referir a mortes de pessoas gestantes ou puérperas, por exemplo.

Compreendemos que quanto mais autoevidentes alguns termos e expressões se tornam, tanto mais urgente é que nos dediquemos a estranhá-los e colocá-los sob escrutínio, a fim de determinar os meios através dos quais tamanho grau de naturalidade pôde ser alcançado. A mortalidade materna constitui-se em um caso interessante a ser considerado,

pois se trata de um coeficiente que calcula a proporção de pessoas que faleceram em virtude de algum evento relacionado à gestação e ao puerpério. Nesse sentido, apresenta-se uma taxa estatística que se pretende “crua”, aguardando um processo de tratamento para ser qualificada. Porém, nota-se que mesmo uma taxa estatística está repleta de política desde sua concepção.

A conjugação entre estar gestante e exercer o papel de mãe aparece de forma naturalizada, onde o segundo elemento é consequência óbvia, direta e espontânea do primeiro. A pré-existência de um laço de filiação parental dado entre corpo genitor, sobretudo o feminino, e corpo recém-nascido constitui a parentalidade como uma questão predominantemente feminina (ROBLES, 2013). Para Elisabeth Vieira (2002, p. 32), há uma “causalidade lógica entre a potencialidade biológica da mulher gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina”, desde onde temos o acoplamento entre as noções de mulher, sexualidade reprodutiva, gestação, maternidade. Paul Preciado (2018b, p. 183) analisa que diante da invenção de órgãos e hormônios sexuais, os corpos das mulheres foram construídos como “um sistema reprodutivo (útero, células reprodutivas, vagina, placenta... tudo entendido como ‘bens públicos’ e materiais de pesquisa) a serviço do interesse nacional”.

Por meio desse processo, também a maternidade encontra no corpo feminino o seu fundamento primeiro e mais inequívoco. Exalta-se uma maternidade que está irrevogavelmente associada à gestação, à criança e, portanto, também ao parto. Ainda que não haja elementos anatômicos ou fisiológicos que dêem conta da maternidade tal como ela é enunciada, vemos que ciência procura associar-se a esse discurso. Nos documentos oficiais da RC, a despeito da aliança com o discurso que se pretende imparcial de uma certa ciência no esforço de caracterizar a gestação e o parto, emergem muitos elementos que escapam desse marco científico, como o foco sobre a família nuclear e a equivalência entre gestação e maternidade. Assim, discursos de ordem moral colaboram na constituição da linguagem científica com a finalidade de conferir o “ponto de vista purificado e neutro da ciência” às suas formulações (FOUCAULT, 1988 [1976], p. 61). O maternar, nesse enquadramento, faz parte da “natureza feminina” como produto direto da condição de ser um corpo suscetível de gravidez:

A mística maternal baseia-se no amor incondicional da mãe e no acesso à maternidade como fatores essenciais para a constituição da feminilidade e identidade da mulher. Desse fator nuclear, a ‘natureza maternal’, decorreria uma série de atributos de personalidade e de conduta da mulher que lhe seriam ‘naturais’, negando-se persistentemente as intermediações da cultura no âmbito da maternidade. (VIEIRA, 2002, p. 32)

De acordo com esse regime, a pessoa que porta um útero e é atravessada pelos “hormônios femininos” encontraria em sua conformação biológica as habilidades de gestar e parir, tanto quanto as de educar e amar crianças. Alfonsina Robles (2013, p. 70) pontua que, diante dessa configuração, o estado psíquico e físico de uma criança passa a ser de incumbência da mulher que é mãe, cuja função de cuidadora se remete “tanto às dimensões relacionais e afetivas, quanto às sanitárias e médicas” da criança<sup>158</sup>. A presença da questão da mortalidade infantil nas políticas públicas de saúde da mulher pode ser compreendida, nesse sentido, como um dos marcadores de que o sucesso do “resultado fetal”<sup>159</sup> e o cuidado de saúde de recém-nascidos concernem à mulher. A mulher apresenta-se não apenas como a via de geração de novos humanos, mas como a via que possibilita a consolidação da instituição maternal e da instituição familiar, bem como da sobrevivência infantil.

A vigência da instituição maternal baseada na articulação entre intenção procriativa e ato sexual permite a responsabilização exclusiva da mulher pelos cuidados com as crianças e também com os demais membros da família. A maternidade assim concebida tem sustentado uma miríade de programas de focalização de políticas - inclusive advindas de setores localizados fora da saúde, como a economia - que visam à melhoria do bem estar das famílias através de medidas direcionadas diretamente às mulheres mães (CARLOTO, 2004). Desse modo, o destaque conferido ao papel da maternidade viabiliza também que os Estados realizem a transferência de responsabilidade das iniquidades sociais inerentes ao regime capitalista neoliberal às famílias, especialmente, às mulheres.

Entendemos que o discurso que conjuga a mulher à gestação e à maternidade é um importante mecanismo da produção da mulher biológica, na qual a maternidade é estabelecida enquanto dimensão natural do corpo feminino. Sob essa lógica, qualidades atribuídas à mulher são acompanhadas de funções sociais “descritas com o mesmo grau de determinismo que suas funções fisiológicas” (ROHDEN, 2001, p. 14). Em outras palavras, trata-se da “gravidez como uma consequência ‘natural’ da sexualidade feminina”<sup>160</sup> (LIONNET, 2003, p. 374). Disseminado pela medicina, especialmente pelas áreas de ginecologia e obstetrícia, esse discurso também circula no campo jurídico, sendo visível sua presença em políticas públicas e em processos judiciais.

Nos textos analisados, encontramos termos que não só conjugam a gestação com a maternidade, reessencializando o papel da mãe como inerente ao corpo feminino, como

---

<sup>158</sup> Tradução livre de: “tout autant relationnel et affectif que sanitaire et médical”.

<sup>159</sup> “Resultado fetal” é uma expressão utilizada na medicina, sobretudo na área da ginecologia e obstetrícia, para se referir ao estado geral do feto ao nascer.

<sup>160</sup> Tradução livre de: “pregnancy as a ‘natural’ consequence of female sexuality”.

produzem uma valoração moral sobre essa condição. Essa gramática é evocada principalmente pelos documentos da Rede Cegonha. Ressaltamos algumas expressões referentes à gestação e ao parto utilizadas pelos documentos: “momento tão especial”, “rito de passagem”, “pura transformação”, “poder no corpo”, “experiência especial”, “o parto já está embutido na mulher”, “experiência significativa de forte potencial positivo” (BRASIL, 2011b, 2014b, 2015b). E no que concerne à indissociabilidade entre gestação e maternidade e cuidado das crianças, temos: “binômio mãe e recém-nascido”, “binômio mãe-filho”, “binômio mãe-bebê”, “díade mãe-bebê” (BRASIL, 2011b, 2014b, 2015b).

No que toca à expressão “binômio mãe-bebê” e seus correlatos, o que se dá a ver é o uso de uma noção que não é originária e nem exclusiva das políticas de saúde, uma vez que pertence ao vocabulário de distintas áreas da medicina e também de fora desta, como a psicanálise, a nutrição e a saúde pública. Em repositórios de pesquisas, ao buscar, rapidamente, por “binômio mãe-bebê” é possível encontrar diversas referências a essa expressão no âmbito da saúde, como: “alta hospitalar do binômio”, “consulta de binômio”, “avaliação do perfil dos binômios”, entre outras. Essa conjuntura indica o alto grau de circulação (e consagração) do termo e de seu uso sistemático, inclusive na produção de conhecimento científico e acadêmico.

Tratar como uma unidade a mulher que está gestante e o feto, ou a mulher que pariu e o recém-nascido, revela a inseparabilidade física, psíquica e, em último caso, existencial entre a mulher e a criança. Desaparecem outras pessoas da cena e o destino de ambas as criaturas está sob uma mesma perspectiva. Para Alfonsina Robles (2013, p. 78), a composição entre a criminalização do aborto e a questão da sobrevivência das crianças configura um “dispositivo sanitário que define a mulher como mãe” e, a partir disso, elege como alvo de controle mães e crianças, sobretudo das classes trabalhadoras, constituindo, portanto, um “verdadeiro maternalismo de Estado”. Podemos apreender que deriva daí o fato de temas como mortalidade infantil e saúde da criança integrarem programas de saúde voltados às mulheres.

A proeminência da saúde das crianças e a conseqüente negligência das necessidades de saúde da mulher que gesta e pare podem ser vistas, por exemplo, na descrição da operacionalização da RC no Manual de Implementação (BRASIL, 2011b), onde todo o trecho dedicado ao componente “puerpério e atenção integral à saúde da criança” é preenchido, principalmente, com questões relativas à sobrevivência infantil. Um outro documento elaborado pelo MS sobre atenção ao pré-natal e ao puerpério, em 2005, reconhece que após o parto a principal preocupação dos profissionais de saúde é avaliar o estado de saúde do recém-

nascido, fazendo disso o foco das ações de cuidado (BRASIL, 2005f). Nesse caso, puerpério é o signo mobilizado para ensinar o cuidado com o recém-nascido. Sendo assim, a referência a ciclo gravídico-puerperal ganha nuances singulares, pois o espaço conferido à dimensão do puerpério mostra-se significativamente menor do que aquele destinado à gravidez.

Emily Martin (2006 [1987], p. 117) assinala que o discurso médico hegemônico acerca da mulher e de seu corpo durante a gestação e o parto acopla duas imagens: “o útero como uma máquina que produz o bebê e a mulher como trabalhadora que produz o bebê”. Delineada por tais premissas, a mulher teria relevância na exata medida daquilo que seria capaz de entregar, ou seja, da criança. Essa dinâmica pode ser vislumbrada em sua faceta mais perversa quando ocorre óbito fetal ou neonatal, uma vez que nesses casos o acompanhamento da mulher no puerpério tende a ser ainda mais débil (FIOCRUZ, 2021). Dessa forma, “parece que a preocupação dos médicos com o ‘resultado fetal’ do parto é algo que está acima de qualquer crítica” (MARTIN, 2006 [1987], p. 118). Como consequência dessa disposição, após a realização de seu “trabalho” - o parto -, o acompanhamento dos processos corporais da mulher perde urgência, ao passo que ganha prioridade o acompanhamento do comportamento da mãe, ou o que Alfonsina Robles (2013) chama de a “polícia das mães”, cujo objetivo consiste em vigiar e controlar as práticas maternas para que estas conduzam ao “melhor desenvolvimento” possível para a criança.

A flagrante negligência no que concerne aos cuidados da mulher no puerpério, mesmo quando ela entrega um “bom resultado fetal” denota um nó crítico que atravessa a saúde da mulher há muitas décadas. Ainda que políticas materno-infantis se apresentem desde o início do século passado, a atenção em saúde oferecida à mulher no acompanhamento da gestação, do parto e do puerpério tem se mostrado débil, incapaz de reverter a mortalidade das mulheres e, em muitos casos, uma fonte, ela mesma, de violação e de danos às mulheres e às crianças.

O puerpério é definido como um período que a pessoa que estava gestante vivencia imediatamente após o parto, com duração média de até seis semanas. Caracteriza-se por mudanças anatômicas, fisiológicas e psicossociais que, a depender do histórico e da condição de vida da pessoa, bem como do tipo de parto realizado, pode implicar em riscos à saúde – tais como hemorragias, tromboembolismo, depressão, hipertensão e infecções (BRASIL, 2005f). Dessa forma, há uma diversidade de questões a serem observadas no acompanhamento de saúde da mulher puérpera, não obstante, a concentração de esforços na avaliação de saúde do recém-nascido se sobrepõe, implicando em que o olhar destinado à mulher se restrinja a orientações que visam ao desenvolvimento da criança (BARATIERI,



NATAL, 2019). Tal dinâmica ganha ainda mais gravidade diante da insistente conjuração da necessidade de enfrentar os altos índices de mortalidade materna e de cumprir com as metas oriundas dos acordos internacionais. É como se mesmo ao exercer seu papel mais próprio, o da maternidade – de acordo com o discurso hegemônico -, a mulher ainda fosse preterida em relação a outras figuras, no caso, a da criança.

O discurso de tons quase idílicos que circunda o ciclo gravídico-puerperal descreve uma mulher alcançando o ápice de sua existência e a plenitude corporal na gravidez e no parto. É como se tudo convergisse, afinal, para esse momento. Desde o planejamento dos serviços de saúde até a própria vida das mulheres. Em uma fala intitulada “Na cesárea de hora marcada, o bebê nem sabe que nasceu a mulher nem sabe que pariu”, a coordenadora da ATSM e da RC, Esther Vilela (2014, p. 440-1), afirma que é o parto (fisiológico) que prepara a mulher para exercer a maternidade, uma vez que “abre conexões e sensações que são fundamentais para depois a mulher passar pela maternidade” e consiste em um “momento no qual a mulher recolhe recursos interiores, emocionais e psíquicos para transformar todo seu organismo e dar à luz a uma criança”.

Compreendido como um divisor na vida da mulher, marcando sua maturidade e completude, o parto é celebrado como a atividade mais própria do corpo feminino, bem como a mais legítima via de se ter um filho e se tornar mãe. Contudo, nos documentos que circundam a portaria nº 1.459, o reconhecimento do parto como “momento especial” e de “pura transformação no corpo” que prepara a mulher para exercer a maternidade está condicionado a um tipo de parto específico: o fisiológico. Sendo assim, tal mecanismo configura uma escala moral da maternidade na qual algumas experiências seriam mais genuínas e louváveis do que outras. Tal classificação hierárquica opera mediante também a desqualificação do parto cesáreo e da adoção em termos de experiência de tornar-se mãe.

De acordo com a narrativa das políticas, especialmente a RC, parir e ser mãe são acontecimentos indissociáveis, mutuamente dependentes. No limite, é como se não fosse possível ser mãe sem parir, tanto quanto parir sem ser mãe. Desse modo, o reconhecimento da maternidade está conjugado ao parto, talvez com mais intensidade do que à própria gestação. A adoção formal e outras práticas de exercício da maternidade são apagadas da cena e distanciadas do conjunto de atributos tidos como distintamente maternos. O silenciamento total sobre a possibilidade de ser mãe e ter filhos por meio da adoção faz com que o elogio à maternidade esteja dependente de um elogio também ao parto.

As falas operam uma renaturalização da mulher evocando simultaneamente dados mais reconhecidamente biológicos – entre os quais, os hormônios e a fisiologia do parto – e dados mais reconhecidamente morais – por exemplo, rito de passagem, momento especial –, estabelecendo uma narrativa que busca fixar esses elementos no corpo designado feminino. Nada nos documentos oficiais ligados às políticas analisadas é tão adjetivado quanto o parto, o nascimento e a maternidade. Não há “plenitude”, “beleza”, “especial” ou “festa” para a sexualidade e nem para a maturidade, por exemplo.

Todavia, importa registrar que embora a reprodução, incluindo gestação e parto, sejam temas mais vinculados às mulheres do que aos homens, a celebração da gestação e da maternidade sofre inflexões a depender de que mulher estamos falando. Fala-se mais facilmente da beleza e da potência da maternidade para certas mulheres, em comparação a outras. Apesar da produção massiva do discurso místico que faz equivaler gestação, parto e maternidade, o seu trajeto pelo tecido social não se faz de forma homogênea e linear<sup>161</sup>. No que concerne à maternidade, a experiência de algumas mulheres não é somente deslegitimada, mas impedida judicialmente<sup>162</sup>.

Como vimos na seção em que a RC foi analisada, duas das críticas feitas em relação ao MHP, representado nos documentos oficiais pela Rehuna, eram a da ausência do tema do racismo e a de que a agenda do movimento refletia demandas de mulheres de classe média que traçavam com a saúde uma relação de consumo. A celebração do parto como o ápice da realização da mulher narrada nos textos relacionados à RC parece ser direcionada, principalmente, a uma mulher específica que poderia ser assim descrita: heterossexual, casada, branca, de classe média, escolarizada e de área urbana (CARNEIRO, 2011; CARVALHO, 2017; SOUZA, 2021)<sup>163</sup>. O discurso predominante dos documentos não parece exaltar a plenitude da gestação e do parto de adolescentes pobres, tampouco de mulheres solteiras ou múltiparas, por exemplo. Vemos que nem todas as mulheres são desejadas e legitimadas em sua fertilidade. Portanto, a beleza do parto aparenta, de alguma forma, estar associada à conjugalidade, à heterossexualidade, à família nuclear, à branquitude e ao consumo de bens e tecnologias em saúde.

---

<sup>161</sup> Conferir: MATTAR, DINIZ, 2012.

<sup>162</sup> No Brasil não são poucos os casos de mulheres que têm seus filhos seqüestrados pelo Estado, às vezes ainda na maternidade. Trata-se de mulheres em situação de rua ou com histórico de uso de substâncias psicoativas (sobretudo mulheres pobres), cuja maternidade é criminalizada e cujos direitos são negados, em nome de proteção da criança. Para saber mais, conferir: SANTOS; BAPTISTA; CONSTANTINO, 2021.

<sup>163</sup> Não temos a pretensão de estabelecer um padrão das pessoas que integram os movimentos de humanização do parto. Trata-se de explicitar posições que surgiram na análise dos documentos que compuseram o *corpus* material desta tese, no período abarcado.

E, possivelmente, é justamente essa configuração que ao ser constatada por algumas feministas foi imediatamente por elas enfeitada, deflagrando a torrente de críticas que a RC recebeu logo quando anunciada. O argumento, entretanto, não pode ser colocado de modo a tratar como uma ilegitimidade a mulher branca, de classe média, urbana, casada demandar acesso a parto humanizado e denunciar a violência obstétrica e institucional da saúde. O que nos acena como problemático nesse processo é essa mulher ser apresentada por meio de um discurso universalizante, onde supostamente representaria os interesses, as condições e os dilemas das mulheres em geral.

O discurso romântico e naturalizante sobre a gestação e o parto atiram para a marginalidade a recusa da maternidade, manifestada tanto no aborto voluntário quanto na entrega voluntária da criança para adoção após o nascimento. A RC parece habitar um universo onde todas as mulheres que engravidam aspiram à maternidade. Ao justificar essa configuração na constituição orgânica, o que se produziu foi uma afirmação de que “os próprios papéis sociais de homens e mulheres estavam baseados na natureza, graças ao que seus corpos ditavam” (MARTIN, 2006 [1987], p. 73). Sendo assim, problematizar a qualidade da assistência ofertada ao ciclo gravídico-puerperal não necessariamente põe em xeque as perspectivas que organizam os corpos e suas práticas, pois, seguindo em diálogo com Emily Martin (2006 [1987], p. 150):

Ainda que as mulheres resistam a procedimentos médicos específicos, tais como cesariana ou anestesia durante o parto, parece que elas são incapazes de resistir aos pressupostos subliminares que estão por trás desses procedimentos: que o eu e o corpo são separados, que as contrações são involuntárias, que nascimento é produção.

Nesse sentido, a atenção à gestação e ao parto, o planejamento reprodutivo e a política contraceptiva ensejam a elaboração e a implementação de práticas discursivas e não discursivas que tratam menos do estado de saúde do corpo feminino para tratar mais do que esse corpo pode desempenhar em favor de outros, sobretudo a criança e o homem, de acordo com o regime de diferença sexual. Mais do que condenar ou reprimir, está em funcionamento uma regulação e um controle do sexo e do gênero que se sustenta na formulação de um discurso que não seja somente moral, mas também tecnológico e científico.

A produção de conhecimento técnico e científico na interface com as políticas de saúde da mulher foi alvo de nossas análises. Vimos que a indução de uma agenda de pesquisas por parte do Ministério da Saúde tornou-se um ponto estratégico para a elaboração de evidências a fim de subsidiar e validar as medidas delineadas nas normativas. O

levantamento realizado por essa pesquisa demonstrou que a maior parte de editais de chamamento do Decit concerniam à gravidez e ao parto, no período próximo à PNAISM; e na prematuridade e no desenvolvimento infantil, no período em torno da RC. Vale lembrar que na formulação da subagenda de saúde da mulher da ANPPS, em 2006, o tema “gravidez, parto e puerpério” foi o mais desenvolvido, com um total de 14 tópicos que sugeriam objetos prioritários de pesquisa. Esse conjunto representa o dobro de itens em comparação a outros temas, como “DST/Aids” e “câncer de mama”. Já em referência a “saúde mental”, “aborto” e “raça/etnia”, a diferença é ainda mais expressiva, visto que estes temas contêm apenas 2 tópicos cada.

No que se refere aos grupos populacionais, identificamos que a prevalência da criança entre os dois grupos mais estudados nas pesquisas apoiadas pelo MS persiste durante todo o período compreendido pela PNAISM e pela RC, ora em segundo lugar, após a mulher, ora em primeiro. Em 2005, o relatório do Decit apontou que as mulheres ocupavam o segundo lugar entre os grupos populacionais mais abordados nos estudos contratados e, em terceiro, estavam “crianças e mulheres” (BRASIL, 2007e). Sendo “crianças e mulheres” um grupo distinguido pelo próprio órgão de governo como uma população a ser estudada, vê-se outra maneira de reforçar a conjugação entre mulher e criança, agora no plano do incentivo à produção de pesquisas. À época da RC, estudos abordando crianças se sobressaíram tanto em quantidade total de pesquisas apoiadas, quanto em montante de recursos financeiros destinados.

Se a articulação entre produção de conhecimento e formulação e implementação de políticas públicas visa a que a primeira subsidie, informe e fortaleça a segunda, podemos concluir que a priorização da perspectiva que toma a mulher por sua suposta capacidade de gerar e cuidar de crianças atravessa com intensidade a relação entre Academia e Estado. Nesse cenário, notamos que o fazer da ciência na interface com a saúde da mulher nos anos 2000 tem concentrado esforços em torno da gravidez, do parto e da sobrevivência infantil, ao passo que se mantém lacunas e fragilidades no desenvolvimento de temas como saúde mental, sexualidade, aborto, racismo, entre outros. Em outras palavras, na arte de reiterar a “mulher-mãe”, as políticas de saúde têm se valido da companhia de diversas instituições de ensino e pesquisa do país.

Através da disseminação da maternidade como função por excelência da mulher, notamos que a produção da “mulher modesta” (LAQUEUR, 2001), cujo sexo é condicionado pela virtualidade da reprodução, não ocorre unicamente via repressão ou dominação, mas também pela positivação do corpo, do parto e do nascimento. A promoção da plenitude da

mulher maternal não é somente veiculada pelo Estado ou pela medicina, pois no plano da subjetividade, ela também se instala por meio da produção do desejo. A narrativa mística sobre a maternidade permeia os processos de constituição da identidade da mulher. Ou seja, a maneira como a mulher se percebe e se localiza no mundo é permeada pelos sentidos conferidos ao corpo feminino, influenciando a modelagem do que se poderia chamar de atributos de personalidade. Não é somente a medicina, a biologia, a justiça ou o Estado que nos vê como mães, esposas, cuidadoras e seres controlados por hormônios. Nós também participamos da circulação e da manutenção desse olhar para nós mesmas, na convergência das forças de subjetivação operadas pelo sistema sexo-gênero.

A reiteração dos órgãos reprodutores como núcleo emissor de sentido e coerência do corpo todo é promovida através do elogio à gestação e à maternidade, reintroduzindo o gênero e o sexo no plano da natureza. Sobre isso, Paul Preciado (2017, p. 154) pondera que o maior esforço das tecnologias de gênero mirou, justamente, na “fixação orgânica de certas diferenças”. No que concerne à mulher, podemos dizer que a maternidade desenhada como uma experiência peculiar da feminilidade visa a se apresentar, também, enquanto uma reivindicação da biologia e da moral sobre esse corpo.

## Capítulo 9 – Implicações do engajamento com o Estado

### 9.1. Agenciamentos na produção de políticas públicas de saúde: mulher, Estado e movimentos sociais

Pensar o Estado como prática e como relações nos impõe romper com uma perspectiva que enxergaria no Estado uma estrutura perene, fixa e coesa, que, por sua vez, seria muito facilmente distinguível da sociedade civil, das organizações privadas, da Academia e das agências internacionais. Ao discutir o efeito estrutural do Estado, Silvia Aguião (2018) ressalta a importância de estudar as práticas que sistematicamente fazem com que o Estado, como uma estrutura, pareça existir. Considerando que as políticas públicas ocupam lugar de destaque entre as práticas que forjam o Estado, ao mesmo tempo em que também contribuem para a formação da própria população, nos interessa pensá-las como um ponto de convergência no qual mulher, Estado, saúde e movimento social se co-produzem.

A questão que se coloca é se é possível fazer uma distinção inequívoca entre movimento social e Estado de forma a estabelecer que o primeiro seria aquilo que se passa fora do segundo e que o segundo, por sua vez, consistiria naquilo que acontece a despeito do primeiro. Falamos de compreender Estado, movimento social, Academia não como pontos isolados num território, mas como linhas e fluxos que se entrecruzam e se sobrepõem, fazendo com que um seja imanente ao outro. No que concerne às políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, importa avaliar a multiplicidade de correlações de força colocada em funcionamento a partir da aproximação entre movimentos sociais e Estado. Conforme indicam Sonia Corrêa e Richard Parker (2018, p. 6), tal perspectiva de análise é muito bem vinda, uma vez que “os resultados da pesquisa e do ativismo em políticas [sexuais] têm sido medidos, predominantemente, em termos de conquistas legais e nenhuma interrogação séria tem sido feita a respeito do ‘dating the state’ [flerte com o Estado]”<sup>164</sup>.

O envolvimento de grupos da sociedade civil na elaboração de políticas públicas de saúde não se inaugurou nos anos 2000 e nem na área de saúde da mulher. Ochy Curiel (2013) e Debora Gonzalez (2019) apontam que a intensificação da participação popular em governos na América Latina se deu a partir dos anos de 1980, disparando um processo por meio do qual muitos países reescreveriam suas constituições e passariam a incorporar temas relacionados às

---

<sup>164</sup> Tradução livre de: “the outcomes of sexual politics research and activism have been predominantly measured in terms of legal achievements and no serious interrogations have been made with respect to ‘dating the state’”.

mulheres nos planos de governo. No caso do Brasil, esse período coincide com a transição do regime autoritário da ditadura civil-militar para o regime democrático de presidencialismo, sendo marcado por intensa mobilização da sociedade em prol de maior participação popular nas diferentes esferas do governo. Cabe registrar que a cena da redemocratização contou com vigorosa presença do ativismo feminista, uma vez que ganhava fôlego a associação entre feminismo, saúde e direitos (ÁVILA, CORRÊA, 1999).

Para essa conjuntura, a atuação das agências internacionais também se mostrou relevante, pois organismos como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional buscaram incidir no território latino-americano com vistas a gerar acordos com propostas para o desenvolvimento político, econômico e social na região. Trata-se de um projeto de promover e disseminar padrões de “progresso” e “desenvolvimento” de Estados do chamado primeiro mundo para países da periferia do capitalismo (TOWNS, 2010). Sob tais termos, a ideia de crescimento econômico também contribuiu para o fomento à participação popular nos países considerados em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, como uma qualificação dos regimes democráticos. Por meio desse mecanismo se vislumbrou uma maneira de legitimar políticas e governos, assim como de favorecer a sustentação de certa estabilidade política na região (CURIEL, 2013).

Ochy Curiel (2013, 2015) e María Galindo (2013) chamam a atenção para o contexto da década de 1990, onde diversos países latino-americanos, ainda que sob governos dos mais variados matizes do espectro político, não só estavam promovendo participação social como também criando órgãos estatais destinados às questões relacionadas às mulheres e incluindo alguns termos feministas em seu vocabulário. Embora a concepção desses mecanismos faça parte de uma tentativa de homogeneizar Estados partindo de um modelo auto-definido como superior, vale destacar que em diversos países periféricos a institucionalização de uma agenda da mulher no âmbito do governo ganhou vida também por meio de “complexas tentativas de desafiar, subverter e conciliar com o mundo desenvolvido”<sup>165</sup> (TOWNS, 2010, p. 142).

A trajetória brasileira ganha relevo nesse panorama devido às experiências vividas ainda antes dos anos de 1990, com a formulação e implementação do PAISM, em 1984, e a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em 1985. Embora não tenha contado com participação ampliada de movimentos sociais em sua elaboração, e nem disponha do termo “gênero” em seu vocabulário, o PAISM foi pioneiro no cenário global ao desenhar um programa de saúde para mulheres sob a diretriz da integralidade. O CNDM, por

---

<sup>165</sup> Tradução livre de: “in complex attempts to challenge, subvert and come to terms with the developed world”.

sua vez, inaugurou a entrada de ativistas feministas na esfera federal do governo, cuja função híbrida variava entre órgão de controle social e de elaboração e promoção de políticas direcionadas para mulheres, ou seja, articulando simultaneamente com movimentos sociais e com o governo (SCHUMAHER, 2018).

No que se refere à participação popular em políticas de saúde especificamente destinadas a mulheres, a PNAISM se sobressai ao valer-se do envolvimento de distintos movimentos sociais de mulheres e feministas desde o início de seu processo de formulação. De acordo com Sonia Alvarez<sup>166</sup> (2004), entre a redemocratização e a eleição de Lula para a presidência, as feministas alinhadas com o Partido dos Trabalhadores acumularam reflexões, experiências e críticas sobre a “maquinaria estatal” relacionada às mulheres, tanto no cenário nacional, quanto no internacional - sobretudo, referente à América Latina.

Uma das constatações feitas pelas ativistas dizia respeito ao frágil poder deliberativo, executivo e orçamentário de órgãos governamentais destinados a tratar de questões das mulheres; e outra, apontava para o papel chave que a posição ocupada por esses órgãos no organograma governamental imprimia na relevância e na sobrevida das ações promovidas (ALVAREZ, 2004). Diante disso, podemos inferir que a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres, em 2003, e sua alocação no Gabinete da Presidência da República, usufruindo de *status* de ministério, emergem como uma tentativa de potencializar a eficácia de tal organismo, dentro do projeto de fazer avançar a agenda feminista no Estado.

Como vimos anteriormente, um grupo considerável de ativistas feministas esteve presente na equipe de Lula desde a corrida presidencial, em 2002, assessorando a elaboração de propostas, programas e material de campanha. Na formação dos quadros ministeriais, muitas ativistas de movimentos feministas e de mulheres foram incorporadas, integrando, principalmente, os chamados segundos e terceiros escalões do governo. Do mesmo modo, na composição da equipe da primeira gestão de Dilma Rousseff, ativistas assumiram postos nos ministérios, com destaque para aquelas ligadas ao Movimento pela Humanização do Parto no Ministério da Saúde.

No que concerne à Rede Cegonha também é possível identificar o acúmulo de experiências relacionadas à maquinaria estatal voltada às mulheres. De maneira distinta àquela realizada pela PNAISM, a equipe responsável pela formulação da RC buscou incluir, ainda em seu documento original, mecanismos capazes de conceder ao nível federal maior

---

<sup>166</sup> Sonia Alvarez é ativista feminista e antirracista. Desde os anos de 1980 está engajada em movimentos de mulheres e feministas no Brasil e na América Latina. Exerce a docência na Universidade de Massachusetts Amherst, onde já liderou a Associação de Estudos Latino-Americanos e o Centro de Estudos da América Latina e Caribe.



incidência na implementação e no acompanhamento da política nos estados e municípios. O esforço do MS em alcançar mais controle sobre as ações regionalizadas referentes à RC influenciou desde a proposta de transformar o modelo de atenção a parto e nascimento, até a criação de processos de avaliação da execução da política. Cabe registrar que a coordenadora da RC à época de sua formulação, Esther Vilela, permaneceu no Ministério da Saúde até final de 2017, participando da realização de duas rodadas de avaliação da RC, em parceria com instituições de ensino superior e pesquisa.

Além da presença marcante de ativistas nas gestões federais estudadas, o que podemos observar também na dinâmica relacional entre alguns movimentos sociais e o Estado foi a diferença de visões e objetivos entre os grupos de ativistas que ocuparam cargos no governo. Considerando as pautas que alcançaram alguma hegemonia na ATSM, é possível identificar divergência entre as prioridades elencadas e o método utilizado para elaborar propostas entre a equipe que compôs a primeira gestão de Lula, à época da PNAISM, e aquela que integrou a primeira gestão de Dilma, à época da RC.

Tais divergências tornaram-se, inclusive, fonte de debate e críticas públicas, indicando que não há consenso tanto entre ativistas que se ocupam do Estado, quanto no campo dos temas relacionados às mulheres e aos feminismos dentro dos partidos políticos. Nesse sentido, vemos que mais do que um campo bem estabelecido dentro dos partidos, o feminismo aparece como um efeito das alianças políticas construídas ao longo das campanhas eleitorais e dos governos. De modo que, segundo Maria Betânia Ávila<sup>167</sup> e Sonia Corrêa (1999), a aproximação com os feminismos não logrou se tornar uma prioridade para os partidos e tampouco um compromisso que poderia ser chamado de histórico no Brasil. Sobre essa “engenharia institucional”, Sonia Alvarez (2004, p. 108) afirma que mesmo em governos considerados parceiros, as feministas “precisam trabalhar na contra-corrente das práticas e das falas do Estado em que participam”.

Os intensos e incessantes fluxos de entrada e saída de trabalhadores nos primeiro, segundo e terceiro escalões do governo federal se fizeram notar em nossa análise durante todo o período estudado. Rebecca Abers e Luciana Tatagiba (2014) relatam que a característica do MS (e de outros órgãos governamentais) de não ter um quadro completo de funcionários permanentes exerce papel importante na instabilidade da maquinaria estatal. Diante da efemeridade da composição das equipes devido à rotatividade de cargos, acaba-se

---

<sup>167</sup> Maria Betânia Ávila fez graduação e doutorado em sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. É coordenadora e pesquisadora do SOS Corpo, instituição da qual foi uma das fundadoras. Já integrou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Trabalha principalmente nos seguintes temas: feminismo, direitos reprodutivos, participação política e movimento de mulheres.

dependendo da contratação de consultores e afins, o que contribui para conferir um caráter não institucionalizado aos órgãos, possibilitando tanto uma maior flexibilidade na formação das equipes, quanto um cenário de descontinuidade de processos.

A impermanência de pessoas e políticas, assim como a fraca institucionalidade de órgãos do Estado (como a SPM e o CNDM) foram apontadas em diversos textos da bibliografia analisada como uma das razões pelas quais medidas destinadas às mulheres sofrem de baixa implementação. Entendemos que tal perspectiva supõe que a falha em efetivar a integralidade na atenção à saúde da mulher poderia ser corrigida por meio de um fortalecimento de algumas instituições estatais, portanto, do próprio Estado. O que parece, à primeira vista, uma obviedade indigna de nota, desponta como relevante para nossa análise, uma vez que demonstra o alto investimento no Estado praticado por parcela significativa dos movimentos sociais de mulheres e feministas no país.

O entendimento de que incidir no Estado, em suas práticas e seus postos era um caminho fundamental para viabilizar os objetivos da agenda feminista forjou parte importante da mobilização de diversos movimentos sociais no país, desde a redemocratização (ALVAREZ, 2004). Considerando que o tema da saúde ganhou espaço e legitimidade entre os movimentos sociais de mulheres e feministas, tornando-se uma de suas principais bandeiras, temos a articulação entre saúde, movimentos sociais, mulher e Estado. Isso significa a convergência de campos e temas complexos, costurando uma narrativa que evoca um vocabulário no qual a saúde emerge em conjunto com termos como regime de governo, direitos, cidadania, entre outros.

Avaliar as condições de vida das mulheres e concluir que a precariedade aí encontrada deve ser tratada pelo Estado não figura como uma unanimidade entre os distintos movimentos sociais de mulheres e feministas. Ainda que muitas pautas sejam comuns entre os variados grupos, a forma como são compreendidas, priorizadas e agenciadas pode diferir significativamente. Maria Aparecida Schumacher e Elisabeth Vargas (1993) relatam sobre divergências entre ativistas, nas quais se questionavam sobre o real grau de autonomia dos movimentos sociais em parceria com o Estado. Além da reflexão sobre em que termos se dá essa relação, coloca-se em debate também a forma de inserção das ativistas, se via partido político (e qual), se via órgãos de participação popular, ou se por meio de reivindicações públicas (SCHUMACHER; VARGAS, 1993).

Conforme assinalam diversas pesquisadoras da área (ALVAREZ, 2004; ÁVILA, CORRÊA, 1999; GONZALEZ, 2019; SCHUMACHER, VARGAS, 1993), o direcionamento de esforços a fim de tecer articulações com o Estado tornou-se alvo de polêmicas dentro dos

movimentos sociais desde os anos de 1980. O processo de institucionalização da agenda feminista causava preocupação nas ativistas, uma vez que poderia acarretar em descaracterização das demandas, por meio de sua tradução e incorporação seletiva. Se por um lado o aumento da capacidade de influenciar o cenário político-institucional era comemorado, pois acenava com a possibilidade de ampliar a permeabilidade do Estado à pauta feminista; por outro lado, havia receio de que os movimentos fossem contaminados por uma atuação tecnocrática, gerando distanciamento das bases populares e de uma oposição mais frontal e radical ao governo, ao Estado e ao capitalismo.

O “longo e turbulento percurso” (ÁVILA, CORRÊA, 1999) da relação entre movimentos sociais e Estado narra os episódios relativos à busca de aumentar a incidência político-institucional do ativismo que elegeu justamente essa frente de luta. A complexidade do tecimento dessa relação é veiculada por uma fala de uma importante ativista pelos direitos da mulher, Eleonora Menicucci (*apud* CFEMEA, 2004e), já citada nessa pesquisa. Nos debates ocorridos na I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, Eleonora Menicucci convida as colegas a uma reflexão ampla sobre os termos da relação entre os movimentos sociais e Estado, e assevera: “nós temos de voltar para nossos lugares de sujeitos da sociedade civil e fazermos o controle social da implementação dessas diretrizes por parte do governo. Nós somos parceiros, mas não somos responsáveis por essa implementação” (MENICUCCI, *apud* CFEMEA, 2004e, p.10).

Cabe apontar que incidir sobre a política institucional não foi uma escolha unânime na multiplicidade dos movimentos de mulheres e feministas, a exemplo dos coletivos anarquistas feministas. E mesmo entre os grupos que se mobilizaram em direção ao Estado, importa considerar que há diferentes graus de intensidade com os quais se investiu nessa parceria.

A aposta de mulheres e feministas no Estado vem produzindo sua marca através da afirmação da necessidade de intervir na formulação de leis e políticas públicas. Voltar a atenção e os esforços para o Estado implica também assumir que experimentar a apropriação do corpo demanda, “inevitavelmente, a elaboração de novos direitos sem os quais a cidadania plena das mulheres não seria realizável” (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p. 73-4). A busca por alcançar a cidadania e tornar-se um sujeito político de direitos, sobretudo no contexto da redemocratização brasileira, após décadas de ditadura civil-militar, emerge como uma oportunidade valiosa de concretizar alguns dos objetivos da agenda feminista.

Em outras palavras, a ideia consiste em que se algumas questões referentes às condições de vida das mulheres permanecem frágeis ou precárias, trazê-las para o campo dos

direitos e das políticas públicas funcionaria como um modo de favorecer a transformação desse cenário, principalmente se estamos falando de um contexto no qual a pobreza e a violência ameaçam sistematicamente a própria vida, como é o caso do Brasil. Diante disso, a procura pela proteção no âmbito do Estado atenderia, inclusive, à própria possibilidade de se manter vivo. Citando Gayatri Spivak (1993) e Wendy Brown (2002), é nesse sentido que a parceria com o Estado em nome de ampliação de direitos e cidadania transforma-se “naquilo que nós não podemos não desejar”.

Aproximar-se do Estado com o intuito de tecer uma relação de colaboração com ele – seja em termos mais conflituosos ou mais amistosos –, requer dos movimentos sociais, entre outras coisas, aprender a gramática estatal em um esforço de traduzir as questões sensíveis de sua agenda para a linguagem dos documentos, normativas e leis<sup>168</sup>. O que algumas autoras chamam de feminismo estatal (BANASZAK, 2010; GONZALEZ, 2019; MATOS, PARADIS, 2013; VIANNA, LOWENKRON, 2017), corresponde a esse exercício de aproximação dos movimentos sociais feministas em relação ao Estado, seja por meio de *advocacy*, de ocupação de cargos no governo ou da participação popular<sup>169</sup>. Especialmente no Brasil, esse fenômeno é visto como uma estratégia fundamental para inserir a perspectiva de gênero nas políticas públicas, nomeando os problemas advindos da desigualdade de gênero como responsabilidades do Estado (GONZALEZ, 2019).

O relevante fluxo de movimentos sociais buscando interagir com o Estado desde o final da década de 1980 foi, em parte, disparado pela incorporação seletiva de termos do vocabulário feminista por agências internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, a Fundação Rockefeller e a ONU. Esses organismos adotaram um discurso no qual a “igualdade de gênero” tinha centralidade na sua plataforma de ação junto aos países, sobretudo os considerados periféricos, por meio de investimentos diretos em ONGs locais, bem como por convênios com governos. Vistas como a “peça faltante dos processos de desenvolvimento” (FERREIRA, 2004, p. 85), as mulheres tornaram-se representadas por cláusulas incluídas em acordos multilaterais de cooperação internacional.

---

<sup>168</sup> Como um exemplo significativo dessa dinâmica, citamos o caso do Curso de Formação Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça (GPP-GeR) desenvolvido entre 2009 e 2010, através de uma parceria entre a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR/PR), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA/SAE), o Ministério da Educação e o Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CLAM/IMS/UERJ).

<sup>169</sup> Vale notar, em consonância com Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017), que a produção de conhecimento acadêmico e científico, assim como a circulação de docentes e pesquisadoras por espaços ligados a movimentos sociais e ao governo compõem sobremaneira o processo de buscar incidir sobre o Estado.

Faz-se necessário observar que a adoção da “agenda da igualdade de gênero” ou da “perspectiva de gênero” pelas agências internacionais que irá impactar sobremaneira tanto movimentos sociais quanto governos, efetivou-se, sobretudo, a partir da definição de metas voltadas para as mulheres (FARAH, 2004). Fala-se de gênero ao se falar de mulher, submetendo-o a uma categoria do que é feminino. Gênero coloca-se, portanto, como um conceito referente à mulher, nomeando esta como seu objeto, ignorando o homem e o masculino como produtos também do gênero e, em consequência, ignorando a relação entre mulheres e homens e sua dimensão atravessada pelo gênero. A masculinidade não mobiliza o pensamento do gênero. Através dessa operação, o homem é inserido em um plano relativamente salvaguardado de escrutínio e problematização, ao passo que sobre a mulher se estendem processos de verificação, investigação e diferenciação. Portanto, mesmo sob a intenção de criticar e problematizar questões relativas ao gênero, a gramática das políticas públicas e dos direitos podem acabar por reintroduzi-lo no registro da classificação hierárquica da diferença sexual.

Diante disso, podemos identificar o reforço de paradigmas nos quais o corpo passível de medicalização, intervenção, regulação e controle é o feminino. Que a “perspectiva de gênero” informe e subsidie, principalmente, políticas comprometidas com o que faz um corpo ser designado como feminino – nomeadamente a capacidade reprodutiva –, ao invés de políticas voltadas para habitação, imigração, empregos, agricultura, mobilidade, meio ambiente, é algo a ser ponderado. A que complexo conjunto de problemas a evocação de gênero no âmbito do Estado responde?

De acordo com Layla Carvalho (2018) e Schuma Schumacher (2018), a concentração de atenção e recursos relativos ao combate da desigualdade de gênero em ações voltadas para os corpos femininos faz-se ver também na atuação de órgãos institucionais do governo. Ao analisar a SPM, vê-se que o esforço para a transversalização de gênero entre as pastas ministeriais foi mais bem sucedido nas áreas de saúde e educação, do que em outros domínios como economia, segurança pública, relações exteriores, casa civil, entre outros. Indo além, ao considerar o desenrolar da transversalização de gênero no governo federal a partir dos anos 2000, pode-se pensar em duas camadas de composição: primeiro, a saúde se sobressai como o campo que se mostrou mais permeável às demandas feministas; e segundo, dentro das políticas públicas de saúde, algumas das pautas dos movimentos sociais que eram mais palatáveis aos projetos de governo foram mais bem sucedidas na conquista de espaço. Isto é, o engajamento de movimentos feministas com o Estado conseguiu, na saúde, uma articulação

singular com as tecnologias de governo de modo a inscrever, mesmo que de modo instável e flutuante, suas marcas no âmbito da política pública<sup>170</sup>.

## 9.2. A dupla institucionalização dos movimentos sociais

Em nome de compromissos internacionais em prol do desenvolvimento, muitas iniciativas com foco na mulher foram anunciadas no nível regional dos governos, ainda que a implementação de tais ações não tenha sido completamente efetivada. Ao notar o descompasso entre a formulação e a aplicação dessas medidas, Virgínia Ferreira (2004) destaca que na cena da política internacional, o uso de uma gramática alinhada à agenda em questão demonstra ser o suficiente para conferir bons créditos à imagem dos países, de modo que consensos superficiais (e retóricos, muitas vezes) “em torno de concepções minimalistas de democracia e de direitos humanos” são o bastante para conceder aos países o acesso a recursos financeiros das agências.

Para os organismos financiadores internacionais, os grupos ligados a movimentos sociais de mulheres e feministas foram reconhecidos como parceiros-chave no desenvolvimento, e sua participação social passou a conferir legitimidade e valor moral aos governos (AGUIÃO, 2018; FARAH, 2004). Países que cultivaram a inclusão da sociedade civil ganharam *status* em termos de democracia e direitos humanos, conquistando maior prestígio na classificação dentro do quadro geopolítico global. Portanto, o acesso a tecnologias de governo não pode ser compreendido como um mecanismo que visa somente a atender às reivindicações da sociedade civil. Por esse ângulo nota-se que a criação de espaços de participação popular não se constitui, necessariamente, como algo que, em última instância, seria entendido como um movimento contra o Estado. Isso pois, a multiplicação de espaços de articulação entre governo e movimentos sociais funciona também como porta de entrada dos países nos *rankings* globais que regulam desde destinação de verbas até assento em fóruns deliberativos da política global (TOWNS, 2010).

A atuação das agências internacionais no incentivo à participação social como critério qualitativo de regime de governo somado ao financiamento direto de coletivos gerou um grau de institucionalização de alguns grupos da sociedade civil, refletindo no que ativistas como

---

<sup>170</sup> Cabe ressaltar que a parceria com o Estado praticada pelos movimentos sociais de mulheres e feministas sofreu impactos relevantes nos processos eleitorais para a presidência da República e também face às distintas alianças partidárias.

Arundhati Roy (2014) e María Galindo (2014) chamam de “ONGnização” dos movimentos sociais. O fluxo de comunicação, verbas e acordos estabelecido diretamente entre agências financiadoras internacionais e organizações sociais locais prescindiu de negociação direta com os governos e pôde, de certa forma, transcorrer em um circuito privado, sem necessariamente ter que prestar contas à população. Vale lembrar que a chegada e a disseminação da contracepção feminina via hormônios sintéticos foram executadas em larga escala no território brasileiro por ONGs conveniadas com agências internacionais (SILVA, 2017).

A transformação de coletivos de ativistas em ONGs reflete um processo de profissionalização de organizações feministas, advindo por meio de institucionalização de temas e atividades e de burocratização das relações entre ativistas que passam a ser hierarquizadas, funcionando em um modelo, muitas vezes, similar a uma empresa. É nesse sentido que esse fenômeno é visto também como uma privatização dos movimentos sociais (ROY, 2014). Virgínia Ferreira (2004) ressalta que diante da nova dinâmica, a transnacionalização da regulação social foi profundamente intensificada, fazendo com que os territórios nacionais, especialmente de países considerados periféricos, reverberassem uma agenda que não respondia unicamente às questões locais.

Por um lado, a profissionalização de segmentos dos movimentos feministas e de mulheres proporcionou a disseminação do discurso reivindicatório, inclusive no âmbito do Estado, favorecendo a formulação e a implementação de políticas públicas, leis e demais medidas contemplando parte das demandas com vistas a melhorar a condição de vida das mulheres (ALVAREZ, 1999). No que concerne ao movimento feminista e de mulheres no Brasil, as ONGs envolveram-se na pressão e na assessoria a governos regionais e federais, contando com parcerias de agências internacionais que além de subsídios financeiros, forneceram também *status* e credibilidade para as negociações. Como vimos anteriormente, a atuação de ONGs foi fundamental para a viabilidade de medidas como a PNAISM e a RC. Com isso, podemos vislumbrar, portanto, uma contribuição para que outros atores – movimentos sociais, ONGs - passassem a acessar tecnologias de governo e incidissem sobre elas.

Por outro lado, o fenômeno da institucionalização levou os grupos à concentração de esforços na relação com o Estado, impondo-os, dessa forma, uma posição mais marcada por um tom reformista, uma vez que se inserem na dinâmica da política representativa, buscando inclusão e inserção no Estado e através dele. Diversas autoras (AGUIÃO, 2017; CASTRO, 2004; GALINDO, 2013; GONZALEZ, 2018) vêem nessa dinâmica a existência de ônus importante para os movimentos feministas, como a domesticação do discurso, a perda de

radicalidade e a dependência de financiamento de atores cujos interesses podem entrar em conflito com as necessidades locais. Debora Gonzalez (2018, p. 62-3) indica que essa crítica tem como um de seus objetivos denunciar

a entrada de apenas determinadas demandas nesses espaços hegemônicos (principalmente aquelas que dizem respeito ao combate à violência, à entrada no mercado de trabalho e a alguns temas relacionados à saúde), em detrimento de outras (relacionadas aos direitos reprodutivos, acesso a terras etc.), de maneira a selecionar algumas das pautas de um projeto de transformação social apresentado pelos movimentos feministas – aquelas consideradas mais aceitáveis e moderadas – e “acomodá-las” a orientações institucionais, que passam então a comprometer-se com o combate às desigualdades de gênero.

O cenário que as autoras acima elencadas apontam pode ser visto como o sentido duplo da institucionalização vivida por parte dos movimentos de mulheres e feministas, sobretudo no Brasil: de um lado, ativistas ocupando cargos no governo e de outro, os coletivos e associações sendo transformados em ONGs. María Galindo (2013) fala de um triunfo das ONGs como modelo de organização e mobilização social na América Latina, a partir dos anos de 1990, com subsídios financeiros sistemáticos vindos de agências internacionais, a exemplo de Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e ONU. De acordo com a ativista, as ONGs tiveram papel significativo na costura de um vínculo entre gênero e desenvolvimento econômico, promovendo ações que acabavam por mascarar, em alguma medida, o impacto dos pacotes de cunho neoliberal dessas agências, como o corte de programas de seguridade social e de políticas públicas.

Ochy Curiel (2015) ressalta que muitos grupos de mulheres e feministas se opuseram a essa dinâmica, denunciando a perda de horizontes políticos mais radicais e transformadores, e não apenas reformadores. Nessa crítica, também estava presente a identificação da imposição de um modelo de organização política, bem como de valores, de certos países em direção a outros. A reivindicação de uma autonomia feminista latino-americana passou pelo entendimento de que a adoção de modelos promovidos pelas agências internacionais e imbuídos das ideias de desenvolvimento e progresso era uma manifestação do colonialismo que marca a história dos países dessa região.

Se, de acordo com María Galindo (2015), as mulheres têm sido o “colchão” responsável por amortecer o impacto de medidas de ajuste fiscal impostas por agências internacionais, é através do uso do conceito de gênero que isso tem sido possível. Marta Farah (2004) identifica que propostas de focalização de políticas públicas, surgidas em meados da década de 1990, de órgãos como o Banco Mundial, reivindicavam uma perspectiva de gênero



para o seu conteúdo. Gênero, nesse caso, se limita a operar como uma referência às mulheres pobres. Pautadas pelo conceito de eficiência de gasto, as agências financiadoras internacionais focalizaram suas propostas em mulheres pobres, buscando produzir efeitos na sociedade como um todo. Nesse sentido, há uma “ênfase à eficiência e uma certa ‘funcionalização’ da mulher, vista como um ‘instrumento’ do desenvolvimento, como ‘potencializadora’ de políticas públicas, pelo papel que desempenha na família” (FARAH, 2004, p. 134).

As autoras nos convidam a observar o que acontece quando organismos financeiros internacionais em parceria com os governos passam a evocar termos da gramática feminista. Ou de outra forma: por quais procedimentos a categoria gênero, por exemplo, passou para que se tornasse de uso seguro para os projetos das agências financiadoras e, em consequente, dos Estados? De acordo com o trecho de Marta Farah (2004) citado no parágrafo anterior, podemos concluir que, ao invés de certas posições das mulheres no diagrama da diferença sexual serem questionadas e ameaçadas, o que se tem produzido é um reforço de seu papel dentro da economia doméstica subvalorizada e, sobretudo, na família. Para María Galindo (2014, p. 10), ocorre uma tradução enviesada dos termos caros aos movimentos sociais que logra por invisibilizar determinados aspectos da agenda feminista, ao “adormecer a raiva, adoçar as situações históricas, simplificar ao máximo cada um desses lugares sociais e terminar falando de discriminação, inclusão, igualdade, empoderamento e autoestima”<sup>171</sup>.

Diante disso, vêem-se termos do discurso feminista dando suporte a políticas de controle dos corpos de mulheres, como: medidas coercitivas em relação às mulheres consideradas em idade reprodutiva (esterilização e “hormonização” em massa); endividamento sistemático e permanente (por meio de concessão de crédito) de mulheres, especialmente as que são mães; abuso da força produtiva (múltiplas jornadas de trabalho); entre outras. Ou seja, a referência à linguagem dos movimentos sociais e a priorização de mulheres como público-alvo de ações não necessariamente se opõem à lógica heteronormativa da diferença sexual - responsável pela desigualdade de gênero -, tampouco se opõem ao imperialismo e ao capitalismo. Pelo que vimos, em muitas ocasiões é o contrário que se dá, pois por meio de políticas pode ocorrer a reinscrição de mulheres na dinâmica hierárquica que as subalternizam.

---

<sup>171</sup> Tradução livre de: “adormecer la rabia, edulcorar las situaciones históricas, simplificar al máximo cada uno de estos lugares sociales y terminar hablando de discriminación, inclusión, igualdad, empoderamiento y autoestima”.

### 9.3. Cidadania da força de reprodução<sup>172</sup>

O enfoque de gênero presente na PNAISM e a significativa mobilização em prol da transversalização de gênero nas políticas públicas e, por conseguinte, nos distintos ministérios, a partir de 2004, podem ser vistos como iniciativas que buscaram inserir a perspectiva de gênero nas ações promovidas pelo Estado. O caráter emancipatório da inclusão transversal de gênero nas políticas públicas era, como vimos nos capítulos anteriores, uma aposta importante para grande parcela dos movimentos sociais de mulheres e feministas. No entanto, por meio das críticas levantadas por diversas integrantes desses movimentos, foi possível observar que no mesmo processo em que houve a inclusão de alguns pontos de sua agenda nos projetos governamentais, houve também a exclusão de outros, que foram tratados de modo muito fugaz e superficial ou foram completamente suprimidos.

Determinar e definir cada elemento que levou a essa “assimilação parcial” das pautas dos movimentos sociais nas políticas públicas de saúde da mulher é tarefa que extrapola as possibilidades desta pesquisa. Todavia, considerando que nossa pergunta de partida versa sobre o sujeito que ganha forma nas políticas de saúde, torna-se valioso identificar a dinâmica de inclusão-exclusão que não parece ser aleatória, pelo contrário, pois se mostra como característica do processo de reivindicação e formulação de direitos no âmbito do Estado.

Sonia Corrêa e Richard Parker (2018) argumentam que ao buscarem por ampliação de direitos, movimentos sociais necessariamente se aproximam do Estado, pois a regulamentação jurídica encontra-se submetida a ele. Dessa forma, a luta por inclusão em políticas públicas e por direitos não se dá sem, em alguma medida, reafirmar o Estado como um agente regulador e ordenador das relações. Com isso, ativistas “cortejam um ator poderoso que é internamente heterogêneo e forjado por agendas e histórias nem sempre tão evidentes”<sup>173</sup> (CORRÊA, PARKER, 2018, p. 57). As múltiplas e diferentes camadas de negociação de direitos recolocam problemas, traduzem linguagens e subvertem conceitos, operando uma verdadeira produção de valor onde se forjam sujeitos como parte do processo contínuo de fabricação do próprio Estado.

A respeito dos dilemas de direitos relacionados à reparação da desigualdade e da subordinação de mulheres, María Galindo (2014) compreende que partir da ideia de que o que nos falta é adquirir direitos não questiona nem o Estado e nem o capitalismo, além de gerar uma

---

<sup>172</sup> Expressão utilizada por Paul Preciado para se opor a uma cidadania baseada na força de produção ou na força de reprodução. Contra ela, o filósofo sugere uma cidadania ampla, absoluta e irrestrita, cuja definição recairia no compartilhamento de técnicas, fluidos, sementes, água, saberes... Conferir: PRECIADO, 2013.

<sup>173</sup> Tradução livre de: “they court a powerful actor that is internally heterogeneous, and shaped by agendas and histories that are not always evident”.

pressão para que o conteúdo das lutas se enquadre no vocabulário hegemônico, sendo restringidas a demandar inclusão no regime vigente. A ativista (GALINDO, 2014) lembra ainda que, se o Estado não emerge como um tutor imparcial, tampouco representa a expressão do bem comum. Também nos alerta Wendy Brown (2002, p. 421) sobre o papel dos direitos em cobrir lacunas deixadas pelo neoliberalismo: aquilo que o neoliberalismo não consegue cumprir e entregar, assim como as relações de poder não emancipatórias que ele impõe, jazem encobertos por “ensolaradas formulações de liberdade e igualdade”. Reverberamos indagações, como: que tipo de “crueldades e de relações de poder opressoras” (BROWN, 2002) estão subjacentes às formulações dos direitos humanos e da igualdade? Quais os paradoxos e limites dessas ferramentas como vias de emancipação de minorias subalternizadas?

Investir o desejo por transformação no Estado requer um esforço integrativo, no qual a busca por reconhecimento tem função relevante<sup>174</sup>. A fim de reivindicar algo do Estado, é necessário que nos anunciemos, que digamos quem somos, o que desejamos e porque fazemos jus a tal demanda. A estabilização de um sujeito a ser representado pelo Estado ocorre por meio da ação de tecnologias de poder específicas que promovem uma “pedagogia da conversão destinada a transformar ‘sujeitos desregulados’ em sujeitos legalizados do Estado”<sup>175</sup> (DAS, POOLE, 2004, p. 9). Sendo assim, tornar-se visível para o Estado, ser reconhecido por ele, significa assumir certas características, ao invés de outras, afixar-se em determinado campo de linguagem, ao invés de outro, ou seja, significa ser designado por uma identidade minimamente ratificada no âmbito do governo.

A identidade, nesse contexto, não é sinônimo de individualidade ou de personalidade. Estamos abordando o mecanismo por meio do qual pessoas passam a ser vistas como um coletivo, ganham a condição de grupo, através de um enquadramento. Mais precisamente, no caso do Estado e do governo, trata-se do processo de tornar-se uma população. A elaboração de políticas públicas para mulheres insere-se nesse contexto das políticas de identidade, uma vez que demarca e denomina os sujeitos de sua intervenção. Conforme assinala Silvia Aguião (2018), o processo de formação de identidades no âmbito dos direitos é inseparável do processo de constituição do próprio Estado. Há dentro das rotinas administrativas quadros de intelegibilidade que, sendo mais ou menos visíveis, impõem modos de compreender e abordar os mais distintos fenômenos. Diante disso,

é também pertinente analisar a dinâmica entre demandas por reconhecimento – com foco em políticas de identidade – como uma iniciativa do movimento

---

<sup>174</sup> Sobre lutas por reconhecimento, conferir: FRASER, 2006, 2007.

<sup>175</sup> Tradução livre de: “pedagogy of conversion intended to transform “unruly subjects” into lawful subjects of the state.”

social e, ao mesmo tempo, o quanto essa demanda é provocada pelas próprias morfologias e rotinas administrativas de governo (AGUIÃO, 2018, p. 35).

Uma vez que as políticas públicas consideradas emancipatórias no contexto dos Estados constitucionais neoliberais utilizam-se da lógica das identidades para se estabelecerem, podemos vislumbrar aí um processo cuja tendência à universalização e à naturalização acontece, necessariamente, por meio de exercícios de exclusão, diferenciação e hierarquização entre modos de ser e estar no mundo. De forma a tornar possível essa operação, a diferença sexual desempenha um papel crucial ao servir como um modo de regulação social indissociável do próprio Estado e de suas tecnologias de governo (VIANNA; LOWENKRON, 2017). Em outras palavras, gênero e Estado se retroalimentam e são mutuamente produzidos em um cenário povoado por binarismos e atravessado pela lógica neoliberal.

Refletir acerca da co-produção de gênero e Estado nos aponta que a mulher abordada pelas políticas de saúde está relacionada à convergência de variadas forças que atuam tanto na sustentação da diferença sexual, quanto no âmbito do governo. Judith Butler (2020), ao considerar a respeito da definição de mulher no percurso das lutas por políticas e direitos argumenta que

Quando as leis e as políticas sociais representam as mulheres, elas tomam decisões tácitas sobre quem conta como mulher e, frequentemente, fazem pressuposições sobre o que é uma mulher. Isso foi visto no âmbito dos direitos reprodutivos. Então, a pergunta que eu fazia na época era: precisamos ter uma ideia estabelecida de mulher, ou de qualquer gênero para fazer avançar as metas feministas?<sup>176</sup>

No que se refere às políticas públicas de saúde para mulheres, podemos observar que a ideia estabelecida de mulher parte da naturalização da condição feminina identificada na capacidade reprodutiva. Ao considerar especificamente a PNAISM, vemos que a definição de mulher apresentada no documento concebe algumas variações, como raça, sexualidade e classe social, entretanto a “base natural” se mantém. Portanto, pensando com Judith Butler (2020) a partir do trecho acima citado, ao avançar em algumas das pautas defendidas pelos movimentos sociais de mulheres e feministas, determinadas categorias foram nomeadas – raça, gênero, etc. – ao passo que outras não – a condição natural da mulher -, montando uma

---

<sup>176</sup> Tradução livre de: “When laws and social policies represent women, they make tacit decisions about who counts as a woman, and very often make presuppositions about what a woman is. We have seen this in the domain of reproductive rights. So the question I was asking then is: do we need to have a settled idea of women, or of any gender, in order to advance feminist goals?”.

narrativa na qual a mulher estaria designada em função de um *a priori* natural, a partir do qual seria estabelecida uma relação cultural de desigualdade de poder.

Na luta por igualdade de direitos, a estratégia de forjar um sujeito que pudesse validar e dar sustentabilidade à ação política no campo do feminismo foi atravessada pela reivindicação da feminilidade como forma de verdade ontológica (PRECIADO, 2011). A representação no âmbito do Estado sob o significante mulher possibilita o reconhecimento político, assim como possibilita a produção de uma identidade e de uma verdade sobre si (PRECIADO, 2018b). Tal processo, responsável por promover o apagamento daquilo que não se encaixa nesse projeto, logrou estabelecer um sujeito político mulher hegemônico e heterocêntrico, uma vez que firmou alianças com práticas normalizadoras e disciplinadoras do regime de representação política. Se, conforme afirma Judith Butler (2008), a identidade pode desempenhar uma função vital como uma das ferramentas para o enfrentamento da opressão, por outro lado seria um equívoco nos servir dela para lidar com a complexidade. É a esse movimento de produção e fixação de identidade em nome da ampliação de direitos que convidamos a olhar.

A problematização que vai se desenhando não quer avaliar os movimentos sociais ou as políticas em si mesmos. O que se pretende, lembrando, é ponderar sobre os efeitos e as implicações dos acontecidos, sobretudo na medida em que se entrecruzam na área de saúde da mulher. Ao interrogar a coerência e a estabilidade da categoria mulher, não se pretende inviabilizar a ação política; ao contrário, pois esse exercício de análise se mostra necessário a fim de compreender de modo aprofundado a variedade de relações de subordinação nas quais as pessoas estão inseridas. De acordo com Judith Butler e Joan Scott (1992, p. 14),

parece haver uma crença de que sem a fundação ontológica de um sujeito feminista não pode haver política. Aqui, política seria entendida como o discurso representacional que presume um sujeito fixo e dado, usualmente concebido através da categoria “mulher”. Como resultado, as análises da construção e da regulação política dessa categoria são sumariamente impedidas. Quais são as conseqüências políticas desse impedimento? E quais possibilidades políticas advêm de uma crítica das categorias identitárias?<sup>177</sup>

De modo a dar seguimento à análise, é preciso compreender que nos lançamos em um território que não toma como óbvio ou natural nem a formação identitária, tampouco conceitos como direitos, cidadania e igualdade. No entroncamento conformado pelas relações

---

<sup>177</sup> Tradução livre de: “There appears to be a belief that without an ontologically grounded feminist subject there can be no politics. Here, politics is understood as a representational discourse that presumes a fixed or ready-made subject, usually conceived through the category of ‘women’. As a result, analysis of the political construction and regulation of this category is summarily foreclosed. What are the political consequences of such foreclosure? And what political possibilities does a critique of identity categories make possible?”.

desenhadas por esses dispositivos, podemos detectar, assim como nos alertara Boaventura Sousa Santos (1994), a presença constante do fluxo de transformação das energias emancipatórias em energias regulatórias. O movimento em direção ao Estado traçado por coletivos e organizações da sociedade civil parece encontrar subsídios para atuar em um “modelo de transformação social cuja aceitação generalizada decorre do fato de preconizar a mudança normalizada e regulada pelo Estado” (FERREIRA, 2004, p. 79). Nesse cenário, o campo acionado pelos direitos exerce uma força pujante no sentido de articular pessoas com múltiplas diferenças e transformá-las em uma forma que ganha a denominação de sujeito político de direito (AGUIÃO, 2018).

Para Wendy Brown (2002, p. 422), os direitos agem em uma lógica próxima à mitigação, pois eles são capazes de atenuar a violação às quais as mulheres estão submetidas, embora não derrubem “nem o regime, nem seus mecanismos de reprodução”. A professora e pesquisadora pontua que isso não precisa ser visto como um problema por si só, uma vez que diante de uma situação de violência, qualquer meio de atenuá-la é válido. Contudo, ao refletir sobre os mecanismos dos direitos, torna-se imprescindível considerar “quando e se direitos para mulheres são formulados de modo a possibilitar uma saída da pessoa subordinada do campo da violação”<sup>178</sup> (BROWN, 2002, p. 422). Ou seja, trata-se de questionar se os direitos podem funcionar mais como cercas que organizam as condições nas quais a violação ocorre do que como seus opositores:

Ter um direito *como* uma mulher não é estar livre de ser designada e subordinada pelas relações de gênero. Ao contrário, já que à medida que esse direito pode oferecer alguma proteção contra os elementos mais imobilizantes dessa designação, ele reinscreve a designação enquanto nos protege e, assim, permite uma maior regulação das mulheres por meio dessa designação<sup>179</sup> (BROWN, 2002, p. 422, grifo da autora).

As palavras de Wendy Brown ecoam vigorosamente no território percorrido por essa pesquisa justamente por se referirem à dimensão produtiva dos discursos que sustentam direitos e políticas públicas. Ao acionar a designação mulher, evocando a perspectiva de gênero, não estaríamos imediatamente livres de sermos recolocadas no campo de forças do sistema heteronormativo. Isso porque estamos lidando com discursos que carregam consigo história, articulando uma série de ideias, valores e lógicas. Ou seja, o texto da lei não se inaugura em sua

---

<sup>178</sup> Tradução livre de: “when and whether rights for women are formulated in such a way as to enable the escape of the subordinated from the site of that violation”.

<sup>179</sup> Tradução livre de: “To have a right *as* a woman is not to be free of being designated and subordinated by gender. Rather, while it may entail some protection from the most immobilizing features of that designation, it reinscribes the designation as it protects us, and thus enables our further regulation through that designation”.

formulação, ou em sua promulgação, já que ele está inserido em um contexto normativo e normalizador no qual diversas categorias são articuladas, reforçadas e reproduzidas. Em se tratando de direitos, vale observar que temas como desejo, erotismo, afeto e prazer, por exemplo, são submetidos à gramática da jurisprudência e da racionalidade de Estado.

As reflexões ofertadas por Silvia Aguião (2017, 2018) e Wendy Brown (2002) nos convidam a compreender a formulação de direitos como um processo imanente aos Estados que têm aspirações democráticas, à própria produção destes. E se, através do debate sobre direitos e políticas públicas os sujeitos não são meramente representados, pois são também constituídos, podemos concluir que também a produção de sujeitos e de identidades tem se estabelecido como um mecanismo próprio do processo de fazer-se do Estado. Delimitar um público-alvo, fabricar uma população, requer, necessariamente, que em alguma medida se afirme quem pode concorrer para a cidadania, de acordo com o projeto de nação que se deseja afirmar<sup>180</sup>.

Ainda que nos debruçemos sobre uma política vista como progressista, como a PNAISM, podemos dizer que o projeto emancipatório ali contido encontra-se atravessado pela subordinação que acompanha a definição de mulher no regime da diferença sexual, sobretudo no âmbito do Estado e do Direito. E, sendo a política pública de saúde um agente que se pretende promotor de ações, relações e fluxos, entendemos que se trata de uma importante ferramenta de reiteração e difusão de práticas discursivas e não-discursivas. María Galindo (2014) destaca que esse processo de articulação com o Estado – informado, em muitos casos, por um “feminismo branco e de classe média” - produziu também a camuflagem de privilégios de classe e raça em nome de um uso irrestrito e inespecífico do termo gênero, além de ter fortalecido a ideia de que é através das leis que seremos capazes de transformar nossas relações e nosso modo de vida.

Considerando a PNAISM e a RC, vimos que a mulher abordada pelas políticas ganha vida, sobretudo, a partir da definição de seus órgãos reprodutores. O centro emanador de coerência e consistência para a existência da mulher no campo dos direitos e da cidadania é um determinado conjunto de órgãos, funções e substâncias. As ênfases em medidas visando o ciclo gravídico-puerperal e o planejamento reprodutivo, assim como o lugar central ocupado pelo marcador da fertilidade, em ambas normativas, dão notícia da presença e da persistência dos mecanismos de hierarquia e segmentação que suportam o regime da diferença sexual. Nesse caso, o discurso das políticas pode indicar que

---

<sup>180</sup> Significa também a definição de quais cidadãos se pretende regular. De acordo com Elaine Brandão e Cristiane Cabral (2021), a promoção de tecnologias biomédicas se utiliza da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, onde o consumo de determinados dispositivos “funcionaria como passaporte à cidadania e modernidade, sem aporte de políticas sociais para transformação de suas condições de vida”.

não só a heterossexualidade continua sendo naturalizada e normalizada por esses processos, enquanto outras sexualidades são marginalizadas, quanto que a própria categoria mulher, produzida ela mesma por meio de normas heterossexuais, permanece completamente intocada por essa abordagem<sup>181</sup> (BROWN, 2002, p. 425).

Sendo assim, dialogando com Paul Preciado (2017, 2018b) e Thomas Laqueur (2001) podemos pensar o processo de elaboração das políticas públicas de saúde para mulheres em uma perspectiva da construção de uma cidadania que passa necessariamente pelos órgãos reprodutores. Em outras palavras, uma cidadania da reprodução. Tal procedimento não só preserva a dimensão “natural” do sexo, como reforça os sentidos que circundam historicamente o lugar do feminino, através da reiteração da união heterossexual, da família nuclear e da maternidade. Paul Preciado (2018b) sinaliza que a questão não reside no que seria a essência da cidadania, mas no fato de que a cidadania está inserida em um sistema de representação binário e colonial que, por sua vez, discrimina pessoas em categorias de adequadas ou inadequadas, fazendo com que se tornar cidadão implique em tentar corresponder a essa classificação. Esse cenário coloca desafios para as possibilidades de acessar à cidadania, sobretudo se considerarmos que habitamos um país de fortes raízes racistas, no qual a violência, inclusive aquela perpetrada pelo próprio Estado, figura entre as principais causas de morte da população.

Considerando as definições de mulher presentes nas políticas de saúde, vemos que não há meios de uma pessoa sem o conjunto feminino de órgãos reprodutores alcançar uma cobertura de cidadania sob o registro da mulher no âmbito da saúde. A verdade anatômica coloca-se como condição *sine qua non* para o acesso aos direitos elencados pelas normativas. A cidadania da fertilidade exclui necessariamente muitas pessoas da cobertura dos direitos, sendo algumas ignoradas diretamente – como as travestis, transexuais e prostitutas -, e outras mal acomodadas – como as idosas, em situação de privação de liberdade e com deficiência.

Diante de um tal conjunto de pressupostos, seria possível a qualquer política de saúde escapar de uma concentração de esforços e recursos no ciclo gravídico-puerperal ou na dimensão da fertilidade feminina, por exemplo? Não seria esse um limite da própria concepção de sujeito que informa as políticas? Se são os órgãos reprodutores que definem o que é mulher e é daí que se parte para elaborar ações em saúde, o que poderia emergir de

---

<sup>181</sup> Tradução livre de: “not just that heterosexuality continues to be naturalized and normalized by these moves while other sexualities are marginalized, but that the extent to which the category woman is itself produced through heterosexual norms remains completely untouched by this approach”.



diferente nas normativas senão uma reafirmação da primazia desses mesmos órgãos e das funções que são a eles atribuídas?

Ao reinscrever as mulheres no campo da família, da conjugalidade heterossexual, da maternidade e da fertilidade, as políticas de saúde podem contribuir para a reiteração da subordinação da mulher, funcionando mais em uma chave de regulação e mitigação do que de ruptura desses padrões. Ainda que esse discurso não seja homogêneo nos documentos das políticas - como é o caso da PNAISM que tensiona diversos aspectos relacionados à vulnerabilidade de mulheres -, sua capilaridade é notável, fazendo com que seus elementos estejam ativos, articulando distintas problemáticas elencadas pelas normativas. Diante do co-engendramento entre Estado e gênero, Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017, p. 51) apontam que o percurso pelo território dos direitos envolve “enfrentamentos complexos nos planos das moralidades, racionalidades e políticas”, ensejando disputas relacionadas a noções como raça, nação e família, em um contexto no qual a institucionalidade extrapola a estrutura estatal para permear os corpos, seus desejos, suas subjetividades.

#### **9.4. A efêmera visibilização das outras mulheres**

Os sujeitos simultaneamente reconhecidos e engendrados pelas normativas derivam em subcategorias elencadas no conteúdo dos documentos. O texto da PNAISM revela que, em muitos sentidos, nomear apenas “as mulheres” não era o bastante para dar forma à política pretendida, de modo que foi preciso contrapor à mulher sem qualitativo uma série de categorias de diferença. Como vimos na análise do documento, a PNAISM aponta como seu público-alvo mulheres: indígenas, lésbicas, negras, em situação de prisão, com deficiência, da terceira idade e rurais. Vale repetir que diversos desses subgrupos além de serem contemplados no documento final, participam também da formulação da PNAISM por meio da articulação entre os movimentos sociais e o MS.

A maior diversidade de pessoas envolvidas na confecção da PNAISM se reflete no texto da política, na inclusão dos distintos subgrupos a partir do entendimento de que era preciso enfrentar as diferenças que habitam as mulheres. Isso, pois tratar apenas da “mulher” poderia corroborar com os padrões de desigualdade a partir dos quais as mulheres brancas de classe média dos centros urbanos alcançam mais proteção e cobertura de direitos do que outros grupos subalternizados. Tal entendimento já circulava pelos movimentos sociais de

mulheres e feministas negras, denunciando a manutenção do racismo como efeito invisibilizado de práticas de um feminismo estatal branco e elitista. Lembramos que essa seria, alguns anos adiante, uma das críticas mais contundentes feitas à Rede Cegonha, visto que em nenhum de seus documentos essa política endereçou o tema do racismo (OLIVEIRA, 2016).

No entanto, o processo de distinguir as mulheres em subcategorias é desenvolvido na PNAISM de forma irregular e, ao lograr dar visibilidade a certos grupos, lança alguns nas sombras enquanto confere naturalidade a outros. Em termos da questão étnico-racial, a normativa debruça-se sobre a discussão da saúde das mulheres negras, tanto no que concerne à análise da situação de saúde, quanto na proposição de medidas. Já em relação à saúde das mulheres indígenas, a PNAISM faz uma passagem rasa e breve. Em ambos os casos na PNAISM, o surgimento de mulheres racializadas na política de saúde faz frente ao racismo sistêmico sob o qual o país foi fundado, ao afirmar que as vidas de mulheres pretas e indígenas também importam. Perante tal argumento, a PNAISM fortaleceu-se como um marco progressista nas políticas públicas de saúde, tanto no que concerne ao debate sobre racismo no corpo de uma normativa, quanto por incorporar uma reivindicação de grande interesse e valor para movimentos sociais.

Todavia, cabe registrar que o documento não racializa as mulheres brancas, o que sugere que essas são tomadas como um *a priori*, um ponto de partida natural que organiza o olhar para o outro, ou melhor, a partir de onde se define quem são os outros. As menções realizadas às mulheres brancas apresentam-se somente no trecho onde se discute o diagnóstico de situação de saúde das mulheres negras, oferecendo comparação entre indicadores de saúde. Nesse sentido, podemos concluir que a branquitude no contexto das mulheres não é abarcada pelos documentos, constituindo a questão da raça/etnia como uma pauta que trata sobre os outros, leia-se os grupos subalternizados. Ao focar as atenções somente na alteridade, pode-se acabar por reforçar a excentricidade de certos grupos, enquanto se encaminha para a não problematização sobre os grupos hierarquicamente superiores, colaborando para a manutenção de um diagrama que supõe a naturalidade da equivalência entre diferença, hierarquia e segregação<sup>182</sup>.

Um processo similar também se passa com as mulheres lésbicas, visto que em todos os eixos a PNAISM assume como padrão a mulher heterossexual cisgênero. Na portaria 1.459 e no Manual de Implementação da Rede Cegonha, a heterossexualidade centrada na família nuclear reina incondicionalmente, pois não há uma menção sequer de outras possibilidades de

---

<sup>182</sup> Para aprofundar no debate sobre a questão da diferença, recomendamos: BRAH, 2006; MINH-HA, 1987.

experiência sexual e afetiva. Embora tomada como marco zero, a mulher heterossexual não só não se explica nas normativas, como escapa de ser nomeada nas ações a ela dirigidas. O grau de obviedade conferido à heterossexualidade das mulheres das políticas demonstra a dimensão de naturalidade que essa categoria atingiu.

Ainda no que tange às mulheres lésbicas aludidas pela PNAISM, é importante lembrar que é sob esse marco que emerge a única citação feita a prostitutas por ambas as normativas. Foi sob o signo das lésbicas que a prostituição pôde ser enunciada. O documento registra as “mulheres lésbicas profissionais do sexo”, às quais propõe medidas cujo foco reside no diagnóstico e no tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Contudo, o público-alvo das mulheres lésbicas não é incluído no Plano de Ação de 2004 a 2007 da PNAISM, deixando de integrar as metas, bem como o planejamento de ações e recursos da política para o período. Ou seja, apesar de constar no documento de princípios e diretrizes da PNAISM, ao desaparecer do Plano de Ação, o grupo das mulheres lésbicas acaba por ser lançado às margens da normativa, restrito a uma menção quase formal de sua existência e relevância para uma política pública de saúde voltada para mulheres.

Além disso, é deveras enigmático que o único momento no qual a política aborda o tema da prostituição, o faça em conexão com as mulheres lésbicas, sob a justificativa de que mulheres lésbicas prostitutas estão vulneráveis às ISTs e à Aids. Levando em conta as diferenças nas taxas de risco de contaminação por ISTs/HIV para mulheres lésbicas e para mulheres heterossexuais, ao falar em mulheres lésbicas profissionais do sexo, o texto do documento parece fazer uma referência a mulheres lésbicas que fazem sexo com homens no contexto da prostituição. Dentre os quatro parágrafos voltados à saúde das mulheres lésbicas, uma parte deles foi devotada ao sexo heterossexual, indicando a dificuldade em abordar questões de saúde de mulheres cuja sexualidade não se encontra comprometida com a reprodução.

Acerca da definição de mulher que nos permeia, importa notar que as prostitutas e as lésbicas afrontam diretamente as premissas da “mulher modesta”, cuja sina “é criar mas não ter desejo” (LAQUEUR, 2001, p. 248), pois elas retiram da prática sexual feminina aquilo que a moraliza e valida: a presença permanente da maternidade como objetivo maior do sexo. Sendo assim, ao dismantelar o paradigma do sexo como subsídio para procriação, essas mulheres afrontam também a obviedade da heterossexualidade, publicizando a dimensão ativa da mulher em relação ao sexo e ao prazer, não necessariamente circunscritos à maternidade e à família nuclear. Há, então, uma economia do desejo e da prática sexual declarada pelas

mulheres lésbicas e prostitutas que não é suportada plenamente pelo campo no qual a mulher das políticas se inscreve.

Mulheres prostitutas conformam uma categoria excluída da política, às margens da proteção almejada pelas propostas contidas nos documentos, tal qual as mulheres travestis, transexuais, com deficiência, imigrantes, entre outras. Contudo, vale lembrar que algum tempo depois, em 2011, surgiria a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013d), com o objetivo de atender as demandas de saúde específicas dessa população. Diante disso, consideramos - em parceria com Silvia Aguião (2018) - que o aceno empobrecido ofertado às mulheres lésbicas pela PNAISM pode ter contribuído para o desinvestimento dessas em uma política de saúde voltada para mulheres e favorecido com que esse grupo migrasse para a reivindicação de uma segunda política, dessa vez centrada na sexualidade. Para além da debilidade das ações especialmente dedicadas às mulheres lésbicas, elementos como o foco na fecundidade, na fertilidade e na reprodução e a ausência de temas como erotismo e prazer também podem ter se somado a esse processo.

Esses grupos que as políticas de saúde excluem e relegam às sombras, visibilizam modos de vida que em alguma medida são considerados inadequados a um certo projeto civilizatório da nação. Com isso, diante das normativas, perguntamos: quais mulheres são dignas de serem protegidas? Quais vidas se apresentam como legítimas para serem contempladas pelas políticas públicas de saúde da mulher? Pode-se pensar que as prostitutas ao romper declaradamente a ligação entre o ato sexual e a intenção procriativa levam para o espaço público justamente aquilo que as designam como um ser originário do espaço doméstico. Já as idosas, as travestis e as transexuais desorganizam a hierarquia dos órgãos e demonstram que há experiências femininas significativas fora do enquadramento da fertilidade.

De acordo com Silvia Aguião (2017, p. 15), “o reconhecimento, a promoção e a proteção da diferença são estendidos a identidades consensualmente reconhecidas como legítimas no espaço público”, sendo que este último é organizado pela dinâmica do regime heteronormativo. Embora questionemos o consenso vislumbrado pela pesquisadora (AGUIÃO, 2017), uma vez que as disputas e negociações por reconhecimento perante o Estado não se dão necessariamente por meio de aceitação homogênea, importa observar o processo de validação o qual deve ser percorrido pela diferença de modo a essa ser incluída sob a guarda do Estado.

Se a diferença no sistema sexo-gênero é invariavelmente interpretada sob o prisma da hierarquia e das dicotomias, tornando-se segmentação, ficamos diante de uma cena na qual adquirir direitos significa passar por um processo de “enquadramento, classificação e ratificação estatal de sujeitos” (VIANNA, LOWENKRON, 2017, p. 41), o que, por sua vez, faz referência a um jogo no qual incluir supõe excluir. Neste modelo binário, produz-se relações essencializadas a partir das quais a diferença é categorizada e classificada de acordo com marcos regulatórios que funcionam como cercas, como protocolos de modos de ser e estar no mundo.

A condição universalizante que acompanha os direitos está carregada de uma lógica disciplinar que articula a diferença para longe do ato e da possibilidade de diferir, pois pressupõe uma verdade essencial onde se ancorar. Sob esse prisma, a diferença está mais próxima de uma estagnação do que de um movimento, mais para uma foto do que para um caminhar. A fim de integrar as diferenças no regime soberano do Estado, é preciso enquadrá-las, padronizá-las e, portanto, universalizá-las. Sobre isso, Audre Lorde (2019 [1984], p. 148) comenta que “enquanto qualquer diferença entre nós significar que uma de nós deve ser inferior, o reconhecimento de todas as diferenças será carregado de culpa”. Quem vai ficar de fora para que alguém entre? Deixando às margens mulheres travestis, prostitutas, imigrantes e que demandam aborto legal, por exemplo, quais são os grupos que conseguimos incluir na carta de direitos?

Nas disputas em torno de quem logra ser alçado ao *status* de cidadão e quem não logra, observamos que os parâmetros da igualdade e da inclusão podem acabar por não romper com os termos do jogo que marginaliza e oprime. Em outras palavras, quando se reivindica uma cidadania que seja reconhecida e legitimada pelo Estado, não estamos falando de qualquer cidadania, mas de uma que deve guardar como referência determinado projeto de Estado-nação. No que concerne à mulher, o espaço da cidadania e da igualdade – seu fortalecimento e sua ampliação – é buscado dentro do regime da diferença sexual, no qual a mulher enquanto sujeito está delimitada em sua constituição natural e seria justamente essa posição aquela a autorizar a ação política.

A irregularidade com a qual os grupos subalternizados são tratados nas políticas – alguns incluídos e com ações e recursos planejados, outros citados e esquecidos ao longo dos documentos e outros nem citados – não é resultado de uma aleatoriedade. O processo de composição, acoplamento, tradução e fragmentação contido nas normativas revela um jogo onde alguns elementos são reiterados e fixados (sexo é natural e gênero é social, por exemplo)

enquanto outros parecem lutar em um espaço mais móvel e escorregadio (como as categorias de mulheres indígenas, lésbicas e com deficiência). A partir dessa dinâmica, as prioridades elegidas pelas políticas de saúde da mulher falam sobre qual é o sujeito mais adequado para os projetos de governo. Se as políticas atuam como “instrumentos de governança e também uma forma de tecnologia política e cultural que opera a constituição de indivíduos e a atribuição de estatutos” (AGUIÃO, 2017, p. 6), reivindicar direitos supõe que lidemos com essa dinâmica de fabricar sujeitos enquanto também fabrica-se o próprio Estado. Com isso, entendemos que sexo e gênero não são apêndices dos processos estatais, que estariam em circulação apenas quando manifestados, mas sim que se colocam como parte integrante da conformação do próprio núcleo do Estado.

A instabilidade com a qual a PNAISM trabalha os subgrupos reflete, por um lado, a dinâmica da luta por legitimidade das minorias e, por outro, a complexidade de se lidar com políticas identitárias. Vale ressaltar que os diversos feminismos não se igualam entre si, nem vivem sob consenso permanente, vide o alto grau de moralismo e de pudor com que certos grupos tratam ativistas transexuais e ativistas prostitutas, assim como o desinteresse de outros grupos em debater racismo e elitismo. Sendo assim, mesmo dentro de circuitos de movimentos sociais feministas e de mulheres, há divergências e disputa por espaço.

No que concerne à produção e reprodução de identidades, vemos emergir nos documentos oficiais da PNAISM a complexa operação de designar as diferenças e se aproximar delas, ao mesmo tempo em que mantém como referência uma diretriz de universalidade que se propõe a alcançar todos os sujeitos-alvo sob o mesmo guarda-chuva – a qualificação como mulher. Wendy Brown (2002) assinala que na tradição dos direitos civis e humanos, pode-se identificar uma significativa dificuldade, quase uma impossibilidade, de representar pessoas simultaneamente expostas a mais de uma forma de discriminação. Ainda que os marcadores de diferença sejam produzidos por histórias, práticas e mecanismos diversos, ao considerar os sujeitos concretos, nota-se que tais marcadores são inseparáveis entre si. Portanto, coloca-se aí mais um paradoxo dos direitos, pois se a especificidade fragmenta e deixa mais visível o *duo* inclusão e exclusão, a universalidade pode somente corroborar para a manutenção da desigualdade vigente.

Reiteramos que reconhecer e produzir a diferença compõem processos inerentes ao Estado, e que se encontram vinculados a certa concepção de igualdade de direitos (AGUIÃO, 2017). Se as diferenças são interpretadas por um ponto de vista essencialista, segregador e hierarquizante, a alteridade presente nos subgrupos da normativa representaria o que está fora

da norma. A diferença torna-se, assim, sinônimo de desvio (LORDE, 2019 [1984]). No entanto, os desviantes que não são acolhidos pelas políticas e pelos direitos, ou que são acolhidos parcialmente, não se acham totalmente excluídos do governo ou do Estado. Veena Das e Deborah Poole (2004) argumentam que as margens do Estado são um componente vital e necessário para o funcionamento do mesmo, uma vez que elas não se localizam fora do território estatal, pois correm por toda a sua extensão, e nelas habitam as “pessoas consideradas insuficientemente socializadas na lei”<sup>183</sup>.

Vistas como lugar de desordem, fruto do abandono do Estado, as margens conferem sustentação para uma narrativa onde o Estado figura como “projeto inacabado que precisa ser constantemente enunciado - e imaginado - a partir de uma invocação de selvageria, desregramento e brutalidade”<sup>184</sup> (DAS, POOLE, 2004, p. 7). Nesse sentido, as margens padeceriam da falta de Estado. A existência das margens, de acordo com a forma como são apreendidas, torna o Estado necessário e mais além, pois demanda seu fortalecimento e sua expansão, de modo que ao mesmo tempo em que denunciam um tratamento desigual por parte do Estado, as margens reiteram a sua importância. Assim, não interessa excluir em absoluto os tipos considerados diferentes, uma vez que o objetivo reside em caracterizar esses modos de vida como anormais e, a partir daí, estabelecer um sistema de avaliação, vigilância e controle (Foucault, 1988 [1976]).

## 9.5. Uma agenda de população (feminina) e desenvolvimento

A afirmação da parceria com o Estado por parte dos movimentos sociais de mulheres e feministas foi também reforçada pela boa avaliação que governos recebiam no cenário geopolítico global quando adotavam políticas participativas. Isso se relaciona a um comportamento dos Estados que têm como alvo a mulher, fazendo com que as práticas de um governo local em relação às mulheres não respondam somente à conjuntura regional, pois se encontram inseridas no campo das normas internacionais (TOWNS, 2010). A homogeneização de condutas - incluindo a internacionalização da gramática das lutas sociais - e a reiteração do Estado como ordenador da vida são efeitos desse cenário, no qual o “tratamento do Estado destinado às mulheres tem com frequência ensejado uma oportunidade

---

<sup>183</sup> Tradução livre de: “people considered insufficiently socialized into the law”.

<sup>184</sup> Tradução livre de: “incomplete project that must constantly be spoken of—and imagined—through an invocation of the wilderness, lawlessness, and savagery”.

não só de diferenciação entre Estados, mas também de avaliação e classificação de Estados em um modo hierárquico”<sup>185</sup> (TOWNS, 2010, p. 6).

Ao longo da análise da PNAISM e da RC nos deparamos com diversos discursos nos quais o argumento da hierarquia entre Estados foi acionado a fim de justificar e promover as políticas através de comparações de indicadores de saúde e de economia entre países, frequentemente acompanhado de menções a organismos internacionais (tais como ONU, OMS, Banco Mundial, entre outros). Ao entrar em contato com esses discursos é possível identificar com nitidez a evocação de acordos multilaterais, bem como a referência a *rankings* de desenvolvimento econômico entre países. A preocupação em pensar as medidas destinadas à saúde das mulheres à luz do quadro político e econômico global com o uso de comparações entre países apresenta-se também como um mecanismo de validar as ações contidas nas normativas, operando como um vetor na arena nacional de disputas. Acerca dessa questão, Mary Castro (2004) pontua que a tônica das políticas públicas no espaço do Estado-Nação tem as plataformas de ação dos documentos da ONU como paradigma de referência maior.

Destacamos a alusão recorrente aos ODM nas diversas plataformas de divulgação da RC, marcando a importância de um compromisso internacional e, conseqüentemente, de um organismo internacional – no caso, a ONU - para a condição de possibilidade de existência de uma política de saúde nacional. O alinhamento entre as medidas da RC e as metas dos ODM é repetido vigorosamente em um exercício de creditação dos esforços governamentais. Entretanto, lembramos que não foi somente através da referência no discurso que as agências internacionais se fizeram manifestar, já que na ocasião do Simpósio Internacional da RC, participaram presencialmente representantes de OPAS/OMS, UNICEF e UNFPA.

O vínculo traçado entre desenvolvimento econômico e saúde também chama nossa atenção, uma vez que parece se buscar aí uma compreensão sobre a situação de saúde das mulheres e das crianças. Presente também na PNAISM, essa fala remete a uma ideia de que o grau de desenvolvimento econômico e político de um país deveria reverter-se imediatamente em melhores condições de vida e saúde para sua população. Uma vez que essa correlação não parece funcionar no Brasil, o que vemos é a expressão de surpresa, objeção e indignação na fala de representantes do governo em eventos, ou no conteúdo escrito dos documentos.

A presença dessa articulação também pode ser observada em conferências internacionais convocadas pela ONU e suas agências especializadas para tratar dos “desafios

---

<sup>185</sup> Tradução livre de: “the rationales and motivations for these practices – the understandings of why such behavior is appropriate for a particular state – have consistently rested on identifying certain kinds of states as inferior to others. State behavior towards women has often provided an opportunity not only to differentiate among states but also to evaluate and rank states in a hierarchical manner”.



ao desenvolvimento global”, especialmente no que concerne à questão da população e da pobreza. A intensificação da preocupação com as condições de vida das mulheres passa a integrar esse campo, derivando na emergência de um debate sobre “mulher e desenvolvimento no terceiro mundo”. Parte significativa dessa discussão foi alimentada por um entendimento de que o desenvolvimento econômico moderno elevaria automaticamente o *status* das mulheres, tomando como garantidos os “efeitos libertadores da modernização” (TOWNS, 2010, p. 147), onde qualquer assimetria entre grupos populacionais seria superada pelo avanço do processo civilizatório.

Carregado de matizes imperialistas e neoliberais, esse paradigma recebe muitas críticas, sobretudo de ativistas oriundas de países que foram colonizados (BENTES, 2015; FERREIRA, 2004; GALINDO, 2013; ROY, 2014). As análises avaliam que, por abordar o modelo político econômico do Estado capitalista de democracia representativa como um processo inevitável, quiçá desejável e definitivo, para todos e quaisquer povos, restaria que, diante dele, nos adequássemos e adaptássemos. De acordo com Ann Towns (2010), o que esse modelo propõe para combater as inequidades sofridas pelas mulheres são, fundamentalmente, pacotes econômicos. Trata-se de expandir o neoliberalismo, incluindo as mulheres no sistema jurídico-econômico orientado pelo consumo. E não o combate ao patriarcado, à heteronormatividade, ao colonialismo. É como se as causas dos problemas diuturnamente enfrentados pelas mulheres residissem tão somente no subdesenvolvimento dos países onde habitam. Diante disso, é possível observar já a partir dos anos de 1970, feministas acusando o ideal de desenvolvimento como sendo uma causa da subordinação das mulheres e não a solução desse problema. Pois, são constitutivos do paradigma do desenvolvimento econômico elementos como a disponibilidade gratuita do trabalho feminino e a valorização da família nuclear e a centralidade dessa nas ações de superação ou abrandamento das mazelas sociais (CARLOTO, 2004).

O modelo de Estado-nação do projeto civilizatório convive com o conceito de desenvolvimento econômico, político e social dos territórios, cujos parâmetros são mensurados a partir de índices como o PIB (Produto Interno Bruto) e o IDH (Índice De Desenvolvimento Humano). Embora não haja um indicador mundialmente estabelecido para medir o desenvolvimento em relação às mulheres, pode-se discernir uma tendência para que a situação das mulheres em um determinado país seja avaliada observando a presença de mulheres em posições valorizadas socialmente.

María Galindo (2014) argumenta que esse critério de compreensão da situação das mulheres em escala global leva a concluir que mulheres que estão em posições

reconhecidamente de poder são aquelas que ocupam cargos nas diferentes esferas do governo e também do judiciário. Dessa forma, um processo de avaliação assim constituído favorece a reprodução de um sistema de hierarquia que não rompe com as formas de opressão, exploração e dominação que sofrem as mulheres em geral. Além disso, alerta a ativista (GALINDO, 2014, p. 20), a condição de poder da qual essas mulheres desfrutam e a qual afiança o comportamento do país perante as mulheres “nada tem a ver com a situação da grande massa de mulheres seja onde for”<sup>186</sup>.

Mede-se a situação das mulheres em um país por meio da cota de presença feminina em espaços específicos. Se essa cota é significativa, conclui-se que o *status* das mulheres nesse território é adequado. Entretanto, a ocupação desses cargos pouco, ou nada revela sobre as condições de vida das mulheres nesse país. Nem mesmo sobre as mulheres em posições de poder. Vejamos: não conseguimos apreender por meio dessa avaliação se as mulheres estão sendo menos impelidas à maternidade e ao casamento, se seus corpos estão sofrendo menos medicalização, se têm tido mais satisfação sexual, se sofrem menos assédio...

Mais difícil ainda, diante disso, torna-se compreender a situação de outras mulheres, como as racializadas, as imigrantes, as pobres, e a relação entre essas e as mulheres em cargos de alta hierarquia. Em outras palavras, perguntamos: o aumento da parcela de mulheres no executivo, legislativo e judiciário, por exemplo, é mantido a expensas de que? É possível que a busca por atingir essas cotas seria acompanhada pela requisição de mulheres pobres, migrantes e racializadas para executar funções de diarista, babá, cozinheira, lavadeira e passadeira para mulheres em posição de poder? Que tipos de exclusão e discriminação supõe a emancipação dentro do enquadramento do projeto de desenvolvimento no contexto neoliberal e colonialista?

Segundo Ann Towns (2010), a modernização que países industrializados impuseram a países em desenvolvimento foi acusada de suplantar os processos locais de discussão e elaboração de políticas nacionais independentes. Em oposição à narrativa de formuladores de políticas e acadêmicos provenientes de países desenvolvidos, ativistas de países periféricos argumentaram que a “ausência” ou a “lentidão” no progresso de seus territórios não consistia simplesmente em um efeito adverso, ou um erro de percurso na execução do mesmo programa de modernização empreendido pelos países desenvolvidos (TOWNS, 2010). O que se contestava era a noção hegemônica presente no discurso desenvolvimentista, de acordo com a qual sociedades tradicionais são autoritárias e desiguais, e sociedades modernas são

---

<sup>186</sup> Tradução livre de: “nada tiene que ver con la situación de la gran masa de mujeres sea donde sea”.

democráticas e igualitárias. Diante disso, afirmou-se que a existência de distintas esferas sexuais em diversas sociedades tradicionais não necessariamente pressupunha uma organização hierárquica entre elas, mas sim complementar.

A operação acima descrita deixa a ver a inoculação de um juízo de valor atribuído à forma de organização política e social de um povo, promovendo um escalonamento entre os distintos formatos. A reivindicação internacional de um tipo específico de organização da vida social logrou disseminar um determinado sistema político e econômico como o vetor mais determinante na subjugação das mulheres globalmente. O fato de a economia doméstica ser evidente, reconhecida e inserida de forma plena em muitas sociedades tradicionais foi peremptoriamente ignorado a fim de sustentar um discurso no qual a mulher encontrava-se excluída do circuito valorizado da produção, sendo necessário, portanto, conduzi-la a uma “inserção na dimensão econômica”.

Falamos de mais um aspecto envolvido no jogo de inclusão e exclusão sob o qual operam as políticas de reconhecimento em regimes governamentais representativos. No que concerne às mulheres, a priorização de um sujeito em detrimento de outros faz da cidadania uma questão datada, localizada e referenciada em um arcabouço epistemológico determinado, ao contrário do conceito universal, atemporal e neutro que se pretende. Se ser cidadã significa ser um sujeito legítimo e reconhecido perante o Estado para vivenciar seus direitos civis, políticos e sociais na esfera pública, quem será lançada à infracidadania para absorver o trabalho doméstico? Considerando que, como vimos: a manutenção do lar constitui uma ocupação sem prestígio e mal ou nada remunerada em nossa sociedade; e não se está discutindo a relação entre homens e mulheres, e tampouco a produção do homem como também um problema de gênero. De acordo com Sylvia Walby (2004, p. 180), a ampliação da cidadania é visível especialmente para “mulheres mais jovens que têm acesso a educação e emprego, mas deixa problemas para as mulheres que não têm tal acesso, especialmente as mais velhas e de grupos minoritários”.

Sendo assim, o acesso à plena cidadania, parece necessariamente se estender de forma irregular e desigual entre as mulheres. Orientado pelos parâmetros internacionais da classificação entre países e do desenvolvimento econômico, esse processo traz consigo efeitos normalizantes e disciplinadores que produzem invisibilidade de certas pessoas conforme torna outras mais visíveis. Ao aliar-se a um modelo econômico que deliberadamente desvaloriza e invisibiliza as atividades domésticas, os tipos de trabalho e emprego reconhecidos como emancipatórios para mulheres são aqueles consagrados como cargos ligados ao poder,

tradicionalmente ocupados por homens. A melhoria nas condições de vida, dessa forma, subentende uma inclusão em um regime que está posto, cuja natureza é fundada em subjugação e exploração.

A valorização da ocupação de certos cargos por mulheres pode ser vista em um enunciado incansavelmente repetido na literatura acerca de direitos de mulheres e feminismo – incluindo parte significativa dos textos estudados para essa pesquisa. Trata-se da ideia de que a entrada das mulheres no mercado de trabalho ocorreu somente a partir da segunda metade do século passado. Sueli Carneiro (2019, p. 314) analisa o que é ignorado nessa formulação, ao ponderar sobre quem são aquelas pessoas que trabalhavam para “mulheres liberadas”:

“Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito [da fragilidade feminina], porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar!”.

A fala acerca da inédita entrada feminina no mercado de trabalho, tão repetida e tornada verdade, reflete a universalização de um certo grupo de mulheres como as representantes legítimas de toda a categoria. E “as mulheres” às quais o enunciado faz referência não são todas e qualquer uma, são algumas mulheres, notadamente as consideradas brancas e de classe média, visto que as mulheres pobres e racializadas integram o mundo do trabalho muito antes da segunda metade do século XX. Elas estão limpando, lavando, cozinhando, passando e cuidando dos filhos de outras pessoas além dos seus próprios – muitas vezes em regime análogo à escravidão<sup>187</sup> -, e também trabalhando como boias-frias,

---

<sup>187</sup>Enquanto a pesquisa para a tese estava sendo produzida, a história de duas mulheres que viveram por volta de quarenta anos em regime análogo à escravidão chegou à imprensa. Uma delas aconteceu em uma cidade mineira, onde Madalena Gordiano foi mantida como diarista sem quaisquer direitos trabalhistas e em precárias condições de moradia e alimentação, desde os oito anos de idade. Madalena foi “passada adiante” entre uma geração e outra de uma mesma família, sem acesso à educação e nem à sua família de origem, até ser resgatada em 2020. O seu último “patrão” foi um professor universitário e as investigações indicam que a pensão de Madalena era desviada pela família. Esse recurso foi usado, inclusive, para custear as mensalidades do curso de graduação em medicina da filha do “patrão” de Madalena. A segunda história refere-se a uma mulher idosa que foi encontrada subnutrida e também vivendo sob condições indignas. Essa senhora, cujo nome não foi revelado, jamais recebeu salário pelo trabalho que desempenhou para a família que a mantinha cativa. Exerceu funções de faxineira, lavadeira, passadeira, cuidadora de idosos e catadora de latinhas, sendo que o dinheiro que conseguia das latinhas era confiscado pela última “patroa”, uma professora universitária. Também “passada adiante” entre as gerações de uma mesma família, essa senhora foi resgatada no bairro da Abolição, na cidade do Rio de Janeiro, em 2021. Abolição que, para ela e tantas outras pessoas, não se efetivou. Ambas as mulheres escravizadas são negras. Ainda que as famílias responsáveis por mantê-las em regime análogo à escravidão não sejam compostas por mulheres em cargos dos altos escalões do executivo, judiciário ou legislativo, cabe refletir sobre como é feita a redistribuição das chamadas tarefas domésticas quando algumas mulheres conseguem acessar o ensino superior e uma carreira profissional valorizada socialmente. Para outras informações, conferir: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/12/25/madalena-gordiano-trajetoria.htm>;

prostitutas, verdureiras e muitas outras funções. Portanto, ao procurar igualdade de gênero nas taxas de ocupação de determinadas posições por mulheres, cabe notar que também se está produzindo valor moral sobre um tipo de trabalho em detrimento de outro.

Virgínia Ferreira (2004) assinala que a cooperação internacional para o desenvolvimento atuou diretamente na globalização das chamadas políticas para a igualdade, principalmente as relacionadas a gênero. Através da ocupação de uma posição central no quadro da política internacional, tal processo promoveu pacotes com medidas de ação para muitos países de realidades diversas, cujo conteúdo apresentava não somente propostas, mas também formas de compreender e nomear os problemas. Entre elas, a disseminação e a estandardização do crescimento econômico dos países como requisito fundamental para a ampliação do acesso à saúde e à igualdade de gênero mostrou-se um eixo contínuo a organizar prioridades na formulação de políticas públicas. Em todo o material documental oficial de normativas analisado por essa pesquisa, o atrelamento entre desenvolvimento econômico e acesso à saúde coloca-se como uma das premissas das condições de possibilidade de se efetivar qualquer ação na área, do planejamento e avaliação, à assistência e à produção de conhecimento científico e acadêmico.

A ideia de que é preciso “crescer” economicamente para que as desigualdades sociais sejam atenuadas e, assim, as pessoas alcancem melhores condições de vida não é nova no Brasil e tampouco se inaugura com a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Entretanto, no que concerne às ações voltadas para mulheres, importa compreender que o quadro de inteligibilidade apresentado pelas agências internacionais suscita a conformação de um sujeito feminino que se coaduna com o projeto político-econômico em questão. Houria Bouteldja (2016) destaca que, sob esses termos, confunde-se igualdade social com “formas liberais de êxito social”, uma vez que se lança mão de marcadores que traduzem pautas de movimentos sociais em uma linguagem neoliberal que homogeneiza as diferentes experiências vividas pelas mulheres. É por meio desse raciocínio que, seja em um país latino-americano, seja em um país asiático ou africano, o desenvolvimento econômico consegue se posicionar como a ponte que conduziria as mulheres para melhores condições de vida e saúde, e vice versa.

## 9.6. A erosão da Atenção Integral à Saúde da Mulher sob as disputas em torno do gênero

Na análise que conduzimos a respeito de ambas as políticas, observamos que a PNAISM foi especialmente negligenciada por diferentes âmbitos do governo federal, em comparação com a RC. Notamos que a ela foi dedicado apenas um plano de ação que teve vigência de 2004 a 2007, sem jamais ser reeditado. Além disso, mencionamos também o fato de que o Plano Plurianual (PPA) de 2004 a 2007, responsável por definir a distribuição de recursos do governo federal, foi elaborado em 2003, antes mesmo da publicação da PNAISM. Ainda que ativistas e coletivos de movimentos feministas e de mulheres, como o CFEMEA, buscassem intervir na elaboração do PPA, inserindo questões relevantes para a agenda da saúde de mulher, o desalinhamento entre a política de saúde e a destinação de verbas fica latente.

Por fim, outro ponto significativo refere-se à completa ausência da PNAISM no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) lançado em 2006, onde não só a PNAISM deixou de ser incluída entre os marcos normativos do conjunto de reformas institucionais do SUS, como também não foram incorporadas as medidas ampliadas em relação à saúde da mulher. Todos esses eventos ocorreram ainda durante a primeira gestão de Lula, a própria gestão na qual a PNAISM fora elaborada e promulgada. Fátima Oliveira (2012a) destaca que o abandono da PNAISM extrapola o campo mais diretamente vinculado a essa política, uma vez que diz respeito também ao ofuscamento dos princípios norteadores do modelo da integralidade na atenção à saúde das mulheres. Nas gestões vindouras, assistiríamos a uma seqüência de esvaziamentos e fechamentos de setores, mecanismos e políticas voltados para os direitos das mulheres no domínio do governo federal.

Destacamos o caso da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) que sofreu perdas de recursos financeiros, de posição no organograma governamental e no seu quadro de funcionários, ao longo dos anos. Em 2015, o *status* de ministério foi retirado da SPM e ela ficou subordinada, à época, ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (hoje Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos). A dotação e a execução orçamentária da SPM também demonstram o progressivo esfacelamento do órgão, uma vez que desde 2012 é possível identificar uma redução significativa no montante de recursos (CARVALHO, 2018). Já no que concerne à coordenação da Secretaria, vale destacar que a partir de 2016, o cargo de secretária tem sido exercido por pessoas de carreira na

política partidária<sup>188</sup>, ligadas a grupos religiosos cristãos neopentecostais<sup>189</sup> e sem proximidade com movimentos sociais de mulheres e feministas.

O processo de decomposição da SPM não figura sozinho no cenário de desertificação das políticas de igualdade voltadas para mulheres no Brasil. Como apresentamos nos capítulos anteriores, os ciclos de criação e ocupação de espaços deliberativos com participação de mulheres oriundas de movimentos sociais, representados pelas Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres (CNPM), assim como pelos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (PNPM) também mingüaram até a interrupção/finalização que vivemos hoje. A última CNPM ocorreu em 2016, já passados cinco anos desde a edição anterior, sendo que o PNPM foi produzido somente até 2013. Ambos traçando um percurso instável desde o nascimento, uma vez que o intervalo entre uma edição e outra foi sendo prolongado com o passar dos anos e a proximidade entre a CNPM e a publicação do PNPM correspondente também se afrouxou, sobretudo a partir de 2011.

A erosão do modelo de atenção integral à saúde da mulher no âmbito das políticas públicas federais tem sua parcela de colaboração no abandono de portais e programas<sup>190</sup>. Com o engavetamento da PNAISM, diversos projetos se encontraram sem onde ancorar, lutando para subsistir enquanto houvesse equipe técnica e recurso financeiro. Segundo Debora Gonzalez (2019), muitos são os fatores que condicionam a possibilidade de existência e de sobrevivência de políticas voltadas para os direitos das mulheres, entre eles: o grau de

---

<sup>188</sup> As pessoas que ocuparam a função de coordenar a SPM desde 2016 foram: Fátima Pelaes (de 2016 a 2017); Andreza Colatto (2018); Eronildes Carvalho (“Tia Eron”) (2019); e Cristiane Britto (de 2019 até o presente momento).

<sup>189</sup> Fátima Pelaes e “Tia Eron” afirmavam publicamente a influência de princípios religiosos neopentecostais em suas atuações na política, sendo as duas ligadas à Igreja Universal do Reino de Deus. Se anteriormente as representantes da SPM reuniam-se com políticos de perspectivas religiosas, nos últimos anos pudemos ver que as próprias coordenadoras desse órgão são elas mesmas aqueles políticos. Cabe registrar que Fátima Pelaes realizou cerimônias religiosas no espaço da SPM durante sua gestão. Para saber mais, conferir em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/secretaria-das-mulheres-de-temer-faz-culto-evangelico-em-gabinete/>.

<sup>190</sup> Mencionamos anteriormente a retirada do ar na *internet* de portais gerenciados pelo governo federal, especialmente aqueles dedicados à temática da mulher. Entre os quais estão: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero (no ar até meados de 2017); o portal da PNAISM (no ar até final de 2018); e o portal da EVIPNet Brasil (no ar até final de 2018), a Rede para Políticas Informadas por Evidências do Ministério da Saúde. Todos os endereços elencados operavam em múltiplas frentes, visto que forneciam desde informações básicas apresentando o serviço em questão até um banco de dados com referências bibliográficas, bem como se prestavam a divulgar editais, eventos e notícias na área. O desligamento dessas plataformas *online* remete a um recrudescimento na disponibilização de informação no país e a uma perda significativa na transparência e na prestação de contas do governo federal. Com o término dos portais, obstrui-se o acesso a conteúdos relevantes, de natureza pública, que integram o conjunto histórico, político e social do país. Tais conteúdos só não se encontram totalmente perdidos, pois ativistas e coletivos têm trabalhado para manter, recuperar e preservar a memória da luta de mulheres por direitos; e, por outro lado, mecanismos de busca da própria *internet* têm possibilitado o acesso a *sites* retirados do ar. Nesse sentido, apesar da ofensiva obscurantista, a história passada e presente ainda é terreno em disputa. Até a última revisão deste texto, realizada em novembro de 2021, os portais citados seguiam fora do ar.

institucionalidade de órgãos; a ocupação de cargos na administração estatal por mulheres ativistas; a mobilização dos movimentos sociais - a legitimidade e o alcance de sua agenda na sociedade, e o poder de negociação e pressão em direção ao governo -; a participação popular em todas as etapas das políticas; a orientação do partido político da atual gestão; e a transversalização da perspectiva de gênero nas pastas ministeriais.

Considerando a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas para mulheres no Brasil, faz-se necessário registrar a relevância das disputas em torno do gênero no que se refere aos processos de continuidade e descontinuidade das normativas. Embora a abordagem predominante de gênero no âmbito das políticas seja aquela que o designa como uma categoria do feminino, preservando o caráter natural do sexo sob o regime da diferença sexual, há uma inegável e crescente polêmica nesse debate. Trata-se do que Sonia Corrêa (2018) chama de “a cruzada contra o gênero”, uma articulação transnacional deflagrada no início dos anos de 1990 que envolve a Igreja Católica, mas também abarca representantes do islamismo e do cristianismo neopentecostal, e que visa a controlar a proliferação e a disseminação de formas variadas de sexualidades e gêneros.

A aproximação entre distintos grupos religiosos a favor de um objetivo comum faz ver a emergência de algo mais sério e valioso do que as denominações religiosas: a regulação da conduta. A perseguição obsessiva ao gênero opera silenciando, extinguindo e criminalizando práticas que considera antinaturais. É nesse sentido que o encerramento de projetos como o Observatório Brasil da Igualdade de Gênero, por exemplo, ganha força. Todavia, não somente através da repressão e do constrangimento é que a cruzada contra o gênero opera. Ao mesmo tempo em que busca silenciar, essa frente mobiliza com grande intensidade um outro discurso sobre gênero: o de que gênero é uma ideologia contra a natureza. De uma certa forma, podemos notar que nunca se falou tanto sobre gênero no país como na última década, especialmente nos espaços para além das universidades e dos movimentos sociais. Nessa dinâmica, são rearticuladas noções específicas de família, heterossexualidade e maternidade. A questão que se divisa é que não se trata da circulação livre de qualquer discurso sobre gênero, sobretudo, não o discurso de sua plasticidade e artificialidade. A investida da cruzada contra o gênero se dá sobre a insistente tentativa de produção e fixação de um lugar natural, biológico e pré-discursivo para o gênero. Ou seja, fala-se sobre gênero para reafirmar papéis sociais femininos e masculinos, essencializar as práticas sexuais, fortalecer a conjugalidade heterossexual, reiterando a diferença sexual e produzindo simultaneamente os normais e os desviantes.



Os vetores da ofensiva contra o gênero participam do território onde transitam os debates sobre os direitos das mulheres, incluindo as políticas de saúde, e influenciam na maneira como as disputas e as negociações se dão, interagindo com os demais elementos elencados por Debora Gonzalez (2018). A profundidade e o peso que as forças mobilizadas pela cruzada contra o gênero tiveram na suplantação da PNAISM e na conformação da RC precisam de outro estudo que lhes faça juízo, pois esse não tem escopo para isso. Entretanto, é possível vislumbrar que há diferentes efeitos da cruzada anti-gênero no solapamento da PNAISM e no fortalecimento da RC, sobretudo no elogio da mulher-mãe.

Ainda no que se refere ao processo de esvaziamento da PNAISM, compreendemos que não foram todos os tópicos presentes na normativa que terminaram ofuscados junto com a política pouco tempo após seu lançamento. É possível notar elementos que alcançaram maior sobrevivência e que se estenderam ao longo do tempo, inclusive sendo manifestados na RC. A primeira pista para esse prolongamento pode ser encontrada já no Pacto pela Saúde que, embora ignore a PNAISM, contém duas ações estratégicas voltadas para a saúde da mulher: redução da mortalidade materna; e controle do câncer de colo de útero e de mama. Em 2011, no corpo da RC, esses elementos reapareceriam ao lado de outros, explicitando a conformação de um conjunto mais perene de questões relacionadas à saúde da mulher nas políticas públicas, no qual se elenca: acompanhamento de pré-natal e parto, atenção neonatal, contracepção feminina, planejamento reprodutivo, mortalidade materna, mortalidade neonatal, ISTs, câncer de colo de útero e câncer de mama.

Ann Towns (2010) afirma que a classificação hierárquica entre países exerce uma força potente no modo como novas políticas são interpretadas e defendidas, produzindo efeitos desde a origem e a elaboração de uma política até sua implementação e suas chances de sobrevivência ao longo do tempo. A pesquisadora alerta que as condições de existência de uma normativa são diretamente afetadas pelo modo com o qual as normas internacionais incidem sobre as questões ali abordadas. E isso é possível de ser notado nas políticas públicas de saúde da mulher, tanto na PNAISM, quanto na RC.

Aquilo que insiste em compor as ações voltadas à saúde das mulheres, entre uma normativa e outra, revela o que não sofre abandono ao longo do tempo, ou seja, faz ver o que tem conquistado maior estabilidade no campo de referências onde mulher e saúde se cruzam. Diante do conjunto apresentado, compreendemos a reiteração da primazia dos órgãos reprodutores na definição de medidas e da fertilidade como seu eixo organizador. Mesmo ao tematizar o câncer, as políticas se restringem a tratar sobre aqueles diretamente relacionados a

órgãos mais reconhecidamente como femininos. O parâmetro da fertilidade, por sua vez, colabora para que sejam incluídas ações que girem ao redor de mulheres consideradas em idade reprodutiva, fazendo com que questões referentes a mulheres idosas, por exemplo, não encontrem espaço.

O que perdura nas normativas aponta também para uma operação que parte de questões populacionais a fim de articular processos individuais dos corpos femininos, “normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana” de modo a promover uma estratégia social (VIEIRA, 2002, p. 24). Se a estatística se ocupa de índices de mortalidade e morbidade desde seu surgimento, com o intuito de construir dados a respeito da população, nota-se que tais informações não mais subsidiam somente governos locais, sendo também relevantes e valiosas para a geopolítica global.

Além disso, como vimos anteriormente, a própria descrição do índice de mortalidade materna o anuncia como uma medida que relata não só a quantidade de mulheres gestantes ou puérperas que foram a óbito, mas o nível de desenvolvimento de um país. Na RC a preocupação com esse indicador associa-se aos compromissos assumidos internacionalmente com os ODM da ONU e coloca lado a lado as metas concernentes à redução da mortalidade materna e neonatal. Portanto, notamos que parte significativa daquilo que tem se feito presente nas políticas públicas de saúde da mulher está indissociavelmente conectado ao projeto de desenvolvimento econômico promovido em escala mundial, no qual o comportamento dos Estados em relação às mulheres tem sido usado como critério de classificação dos governos.

A normalização promovida por políticas públicas e direitos surge como um tipo de efeito colateral indissociável do investimento em reconhecimento e representação através do Estado. Katherine Franke (2012) avalia que o sujeito portador de direito é inevitavelmente forjado pelos próprios direitos que porta, frequentemente em formas que reforçam normas e estereótipos de raça e gênero. A dimensão regulatória dos direitos baseados em identidade sobrevém conforme esses nunca são implementados “livremente”, e quando carregam algum grau de especificidade delimitada a partir de nossa subordinação, como o sexo, é possível que acabem por reiterá-la. Entretanto, não especificar o sujeito do direito também pode reafirmar padrões de visibilidade e invisibilidade de certos corpos, impondo barreiras ao acesso às tecnologias de governo por parte de grupos subalternizados a fim de que estes tenham a oportunidade de disputar o plano de produção de normas e de regulação sobre a vida (BROWN, 2002).

## 9.7. Tensões entre a luta por direitos e o Estado

*“Amor, tesão, feijão! O povo quer comer!”<sup>191</sup>*

Analisar a complexidade da articulação entre movimentos sociais e Estado e da aposta na luta por direitos e políticas públicas coloca mais problemas, questionamentos e dilemas do que oferece respostas e soluções. Wendy Brown (2002) chama a essa circunstância de “os paradoxos dos direitos”. Considerando a afirmação dos direitos por movimentos sociais de mulheres e feministas, vemos que as normas reguladoras do gênero e, sobretudo, da heteronormatividade, que permeiam os direitos para mulheres, constroem e limitam a própria problematização pretendida na reivindicação desses direitos. Afinal, de acordo com o que foi analisado, foi possível identificar duas situações exemplares dessa dinâmica. Uma refere-se à mobilização da gramática dos direitos e da proteção estatal no sentido de reafirmar a articulação sexo-gestação-maternidade. E a outra assinala o uso da luta por acesso à contracepção por governos e organizações com finalidade de estabelecer práticas eugênicas de esterilização e de hormonização de mulheres consideradas inadequadas. Todavia, a pesquisadora argumenta que a ausência de uma carta mínima de direitos também deixa intactas as condições de submissão e de opressão nas quais as mulheres vivem (BROWN, 2002).

O tema da violência doméstica e sexual contra a mulher dentro da PNAISM se sobressai como um exemplo relevante da imbricada relação entre os paradoxos dos direitos. Ao pautar uma das principais causas de morte de mulheres no país, a normativa joga luz sobre uma questão que vinha sendo tratada historicamente como um problema circunscrito ao ambiente doméstico e privado, cujas causas, sintomas e conseqüências não participavam do debate público. Considerado pelos movimentos sociais como um adendo valioso para a política de saúde e como uma conquista da participação popular, o enfrentamento da violência contra a mulher busca, entre outras coisas, estabelecer na rotina dos serviços de saúde uma atenção especificamente dedicada a essa questão, expandindo o território no qual a violência é abordada: da casa para o serviço de saúde, da relação conjugal para a intervenção médica, psicológica, ou seja, do espaço privado para o público. Vale registrar que ao longo da existência da SPM, por volta de 50% do orçamento executado anualmente era destinado ao combate da violência contra a mulher (CARVALHO, 2018).

Contudo, a existência de um direito baseado na diferença sexual não previne a mulher de ser alvo de violência, pelo contrário, uma vez que pode multiplicar os episódios de

---

<sup>191</sup> Palavras de (des)ordem de mulheres ativistas brasileiras no início dos anos de 1990. Cf.: CASTRO, 2004.

violência por ela sofridos (BROWN, 2002; HOLZLEITHNER, 2016). Ou seja, de modo a acessar os direitos relativos à proteção contra a violência, a mulher pode se encontrar submetida a um novo circuito de opressão e constrangimento. No caso de um estupro, por exemplo, ao percorrer o trajeto pela segurança pública e pela assistência à saúde, frequentemente a mulher é submetida a mais violação. Em situações de aborto pós-estupro, a reincidência da violação é flagrante, seja devido à recusa de atendimento por parte de profissionais de saúde, ou maus tratos também cometidos por esses; seja por coerção, ameaças e agressões infligidas por grupos fanáticos antiaborto, alguns inclusive ligados a partidos políticos e membros de altos escalões do governo federal<sup>192</sup>.

Elisabeth Holzleithner (2016, p. 899) aponta que além de ser insuficiente, a aplicação do direito em relação à violência e à discriminação leva, frequentemente, a novas violações, pois “por meio da utilização do direito, o poder do Estado é promovido e o exercício da violência é legitimado”. Trata-se de um paradigma notoriamente presente na realidade brasileira: em nome do combate à violência, o Estado recorre à violência. Considerando que o Estado tem como uma de suas prerrogativas o uso da violência e que não o faz de forma aleatória, o próprio sistema jurídico do Direito pode funcionar como um meio de exercê-la. É nesse sentido que Veena Das e Deborah Poole (2004) afirmam que o Estado que identificamos como o perpetrador de terror é o mesmo ao qual recorremos em busca de justiça e proteção.

Além disso, ao não interrogar a conjugalidade heterossexual, o contrato relacional, a centralidade da família e a desvalorização do trabalho doméstico, o rompimento com a situação de violência fica seriamente comprometido. Corre-se o risco, lembrando da assertiva de Wendy Brown (2002), de empenhar os esforços na direção de uma regulação das condições de violência, ao invés de desafiá-las. Segundo María Galindo (2013), a própria denominação de violência doméstica já opera como um dissimulador da hierarquia subjacente à diferença sexual, ao localizar o espaço – a casa – no centro do debate enquanto desloca o machismo e o patriarcalismo para fora da cena.

---

<sup>192</sup> Enquanto essa tese estava sendo produzida, diversos casos de violência contra mulheres, incluindo crianças, que recorreram ao aborto pós-estupro foram divulgados na imprensa brasileira. Um dos casos que mais ganhou notoriedade ocorreu em 2020, com uma garota de 10 anos que engravidou após recorrentes estupros infligidos a ela por um tio, em uma cidade da região sudeste do país. Após ter seu sigilo violado, seus dados foram expostos em *sites* de redes sociais e ela foi perseguida tanto virtualmente, quanto fisicamente, uma vez que teve sua casa invadida por um grupo ligado ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e também teve seu procedimento cirúrgico no hospital desrespeitado por uma manifestação que atacava com dizeres tanto a ela, quanto aos profissionais de saúde do serviço. Conferir outras informações em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>.

Levando em conta que as hierarquias de classe, raça, gênero e região são imanes ao regime da diferença sexual, convém observar que o acesso e o exercício do direito de não sofrer violência pelas mulheres acompanha essas assimetrias. Nota-se que a desigualdade no acesso ao direito se intensifica a depender da raça e da etnia da mulher que o invoca, uma vez que pesquisas indicam que mulheres brancas têm sido mais bem sucedidas em garantir proteção contra violência, ao contrário de mulheres pretas (BERNARDES, 2020; BORGES, RAZERA, 2021). Em outro sentido, é possível identificar que o exercício do direito das mulheres em geral de não sofrerem violência tem conduzido, também, à punição e ao encarceramento, sobretudo, de homens pretos e pobres, reproduzindo um mecanismo colonial de privação de liberdade de grupos subalternizados (BERNARDES, 2020). Em outras palavras, há um recorte discriminatório tanto no acesso ao direito de não sofrer violência e de ser protegida pelo Estado, quanto na efetivação da justiça criminal em relação ao autor da violência, a depender de sua raça e condição social<sup>193</sup>.

Vale destacar, ainda, que a presença da temática da violência contra a mulher no conteúdo da PNAISM reflete uma conquista dos movimentos sociais de mulheres e feministas, especialmente dos feminismos negros. Tal feito vincula-se ao agenciamento duramente fabricado por essas ativistas a fim de buscar incidir sobre o Estado, lutando para transformar as precárias condições de vida das mulheres. De acordo com Judith Butler (2004, p. 24),

Combater a opressão requer que se compreenda que as vidas são apoiadas e mantidas diferentemente, que a vulnerabilidade física humana é distribuída pelo mundo de modos radicalmente distintos. Certas vidas serão intensamente protegidas e a anulação de sua pretensão de inviolabilidade será suficiente para mobilizar as forças da guerra. E outras vidas não encontrarão um apoio tão imediato e feroz e sequer se qualificarão como “vidas lutáveis”<sup>194,195</sup>.

O acesso a tecnologias de governo por parte de grupos historicamente oprimidos e violentados, inclusive, pelo Estado, entra em cena como ferramenta de sobrevivência, como

---

<sup>193</sup> Faz-se necessário registrar que tanto o punitivismo seletivo, quanto a reincidência da violência não são efeitos exclusivos da implementação dos direitos de mulheres e outras minorias; pelo contrário, uma vez que respondem ao arranjo das técnicas jurídicas e de governo como um todo.

<sup>194</sup> Vidas lutáveis é um conceito concebido por Judith Butler (2004) que se refere ao processo pelo qual determinadas pessoas têm acesso a condições favoráveis de vida, ao passo que outras sobrevivem apesar das circunstâncias. Trata-se de um sistema que distingue quais vidas contam como vidas, quais vidas justificam uma luta em sua defesa e um luto diante de sua perda. Logo, vidas lutáveis são aquelas que importam, que sustentam uma ação em seu favorecimento.

<sup>195</sup> Tradução livre de: “To counter oppression requires that one understand that lives are supported and maintained differentially, that there are radically different ways in which human physical vulnerability is distributed across the globe. Certain lives will be highly protected, and the abrogation of their claims to sanctity will be sufficient to mobilize the forces of war. And other lives will not find such fast and furious support and will not even qualify as ‘grievable’”.

se pode facilmente depreender a partir do contexto da violência contra a mulher no qual estamos inseridas no Brasil. Que as mulheres estejam menos expostas à violação, menos expostas ao assassinato, é uma questão urgente e prioritária. E esse, certamente, é um dos potenciais guardados pelos direitos. São necessidades urgentes de pessoas que lutam para assegurar níveis, muitas vezes mínimos, de sobrevivência política e econômica, buscando incidir e se apropriar de práticas do Estado (DAS, POOLE, 2004).

Com a problematização que ora trazemos, não se trata de ignorar ou invalidar tais processos de ação política, mas sim de considerar as implicações aí envolvidas, pois o estudo destas pode auxiliar tanto na elucidação da trajetória percorrida pelas políticas de saúde, quanto na compreensão dos complexos fluxos de interseção entre movimentos sociais e Estado. Ao tentar escapar da dicotomia simplista de ser pró ou contra direitos e políticas públicas, exercitamos a aproximação de uma reflexão crítica que não flerte com a ingenuidade e o romantismo em relação ao Estado, mas que também não ignore as condições concretas de vida das pessoas e os movimentos de resistência política. Acreditamos, dessa forma, que podemos ter ganhos importantes para o campo da Saúde Coletiva, já a partir do debate crítico e ampliado acerca da luta por direitos e políticas públicas.

Ao discutir a complexidade em articular, por meio da linguagem dos direitos, as pautas dos movimentos sociais - especialmente os feministas - com o Estado, foi possível ressaltar certos elementos que assinalam os paradoxos constituintes dessa arena. Embora nos concentremos sobre os direitos relacionados à saúde da mulher, é pertinente sinalizar que esse debate extrapola o campo aqui designado pelas questões referentes às mulheres e permeia a arena onde se conformam os direitos de cidadania em geral. Nos parágrafos a seguir, discutiremos alguns dos aspectos que a luta por direitos pode oferecer para o exercício de fazer deslocar, distorcer e derivar a regulamentação e a normalização veiculadas pelo regime da diferença sexual.

Dialogando com o pensamento de Michel Foucault, Ben Golder (2011) afirma que ao mesmo tempo em que os direitos fortalecem e validam o Estado como soberano, eles também são usados como mecanismos de luta política para disputar com o próprio Estado os termos da normalização. Quando grupos subalternizados sobre os quais incidem mais severamente a violência e a opressão do Estado acessam tecnologias de governo de modo a declarar que suas vidas também importam, que são também lutáveis, algo se lança para além da letra jurídica e toca a afirmação de que outros modos de estar na vida são possíveis. Em paralelo às

normativas, os movimentos sociais estão expressando o “direito de aparecer, de exercitar a liberdade, e estão reivindicando uma vida que possa ser vivida” (BUTLER, 2019, p. 33).

Trata-se do aspecto dos direitos que possibilita a experimentação de novas posições de sujeito através da mudança na forma pela qual o conflito é travado (HOLZLEITHNER, 2016). As relações de força se deslocam, outras formas de lidar com as questões podem se lançar, fazendo com que circule pela sociedade diferenças, aberturas e inconsistências a respeito de elementos e de sujeitos antes intocados, invisibilizados ou padronizados. Afinal, “foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito” (FOUCAULT, 1988 [1976], p. 158). Desse modo, o alvo do controle e da normalização, ou seja, a vida, é o que passa a ser reivindicado em termos da realização de suas potencialidades, contra o próprio sistema que avança sobre ela.

Na mobilização por direitos e políticas públicas para mulheres, podem-se passar muitas coisas para além do trabalho dedicado a incidir sobre o Estado, representado mais explicitamente pela ocupação de cargos na administração estatal, pelo *advocacy* e pela participação social. Sobre aquilo que escapa à tradução para a linguagem do governo, Maria Betânia Ávila e Sonia Corrêa (1999) relatam que a experiência em movimentos populares de mulheres em periferias urbanas proporcionou uma abertura de novos arranjos de vida, a partir de uma maior integração dessas mulheres entre si e entre a comunidade. As vivências comunitárias impactaram também, segundo as autoras, no espaço doméstico, por meio de uma modulação das relações conjugais e familiares, onde foi possível experimentar outros posicionamentos e perspectivas.

Ao colocar na ordem do dia dos debates a legitimidade da luta por uma vida mais vivível, os movimentos sociais propagam essa narrativa para além do meio jurídico do Estado, alimentando, inclusive, a si mesmos. As críticas denunciando o elitismo e racismo do feminismo hegemônico, provenientes, sobretudo, dos feminismos negros, foram cruciais para a incorporação do tema do racismo na PNAISM, tocando tanto os próprios movimentos de mulheres negras, quanto os demais grupos considerados minoritários, como mulheres indígenas, rurais e lésbicas. Espera-se que também, de outra forma, tenha tocado os movimentos de mulheres brancas, gerando reflexões e mudanças. Ainda que contemple de forma superficial as ações destinadas a mulheres indígenas, por exemplo, a PNAISM não deixa de nomear a existência desse grupo e de indicar que medidas voltadas a “mulheres em geral” são insuficientes para impactar positivamente o acesso à saúde de populações mais vulneráveis. Algo similar se passa também com as mulheres negras, lésbicas e rurais, uma vez

que se reconhece que mera igualdade formal – ao falar-se em “as mulheres”, falar-se-ia de todas - tende a reforçar o *status quo* do acesso desigual aos direitos.

Ao se constituir através do diálogo com diferentes grupos de mulheres e movimentos sociais, a PNAISM coloca-se como um marco não só de maior socialização de técnicas de governo entre minorias vulnerabilizadas, mas também de uma maior participação popular nos “lugares onde imaginamos como se vive coletivamente” (PRECIADO, 2018c). Por meio desse processo, coletivos com bagagens, agendas e experiências diversas puderam transitar e interferir em espaços e discursos que tratam, ao fim e ao cabo, da gestão da vida e da produção da verdade, funcionando como aparatos de verificação do que é digno de reconhecimento e legitimação. Por conta disso, não foi somente a integralidade que se perdeu no decorrer da trajetória das políticas de saúde da mulher dos anos 2000. Perdeu-se também a dimensão coletiva da construção dessas políticas.

Quando uma política pública justifica a necessidade de incluir subgrupos, pontuando que entre eles as condições de vida e o acesso ao direito universal à saúde são irregulares, porém não aleatórios, a normativa está declarando a existência de iniquidades internas à nossa sociedade, ao próprio Estado. Judith Butler (2019, p. 27) argumenta que quando experimentamos uma vulnerabilidade sistemática na conjuntura socioeconômica de nossas vidas, “o que se revela não é apenas a nossa precariedade como indivíduos – embora isso também possa ser revelado -, mas também os fracassos e as desigualdades das instituições socioeconômicas e políticas”. Essa precariedade “socialmente induzida” (BUTLER, 2019) compõe o documento da PNAISM, carregando distintamente a marca dos movimentos sociais envolvidos na sua elaboração.

É nesse sentido que, embora estejam indissociavelmente vinculados a relações de poder, os direitos podem também oferecer um meio de criticá-las e tensioná-las, uma vez que além de serem formas estabelecidas de agir, eles são também meios de se estabelecer novas variedades de formas de agir e se relacionar (GOLDER, 2011). Tal uso dos direitos, voltado à criação de encontros e relações, demandaria um exercício de expansão e torção, inclusive contra eles mesmos, à medida que, nesse caso, precisariam ser vistos como parte de um processo aberto, contínuo e não determinado de contestação, provocação e possibilidade de diferir. Trata-se de apreender os direitos como recursos contingenciais, apresentando discursos localizados histórica e politicamente, agenciados por uma articulação que ao mesmo tempo em que busca acolhida no Estado, introduz uma denúncia crítica sobre suas práticas violentas e discriminatórias.



Ainda que atravessados por uma característica profundamente regulatória e normativa - a cerca mencionada por Wendy Brown (2002) -, os direitos podem ser vistos não somente como uma ferramenta de inclusão cujo fim reside na determinação e estabilização de sujeitos, mas sim como partes de um exercício de deslocamento e ruptura, mesmo que provisórios. Um contra-investimento de modo que os direitos sejam usados em benefício da articulação de um campo para além deles próprios, apontando para outras possibilidades e arranjos, enfim, para outros mundos possíveis. Desse modo, os movimentos de resistência política podem operar como estratégias de expropriação das técnicas de produção de verdade, de corpo, de subjetividade, com o intuito de disputar a invenção de memória e a criação de futuros. No caso das políticas públicas, ao buscar incidir sobre o Estado, essas disputas se dão no âmbito do governo da população, visibilizando os paradoxos que circundam a luta por direitos:

Como atentar para o paradoxo pode ajudar a formular uma luta política por direitos na qual esses sejam concebidos nem como instrumentos, nem como fins, mas como articulação, através de sua configuração, do que equidade e liberdade podem consistir naquilo que os extrapola? Em outras palavras, como os elementos paradoxais da luta por direitos em um contexto emancipatório podem articular um campo de justiça para além “daquilo que nós não podemos não querer”? E que forma de reivindicação por direitos teria a temeridade de sacrificar um status absoluto ou naturalizado a fim de sustentar essa possibilidade? (Brown, 2002, p. 432)<sup>196</sup>.

Entretanto, para ensaiar a torção nos direitos e nas políticas públicas, torna-se necessário exercitá-la também em relação àquilo que nos constitui enquanto sujeitos. Se as políticas de saúde da mulher demoram-se em demasiado sobre os órgãos reprodutores femininos e suas funções, e as criticamos por isso, estaríamos nós que nos consideramos mulheres dispostas a romper com a designação por esse mesmo conjunto de atributos? Diante dos provocadores questionamentos de Wendy Brown, ponderamos: quem vai dispor da mistificação que circunda a maternidade? Ou abrir mão da naturalização da sensibilidade intuitiva no feminino? De simbolizar o amor incondicional e a devoção aos filhos e à família? E de ancorar esses e ainda outros atributos na constituição orgânica de sua existência?

Assim, compreendemos, em diálogo com Michel Foucault (1988 [1976]), que a conformação da mulher não se desenvolve somente por meio de repressão, censura e impedimento, pois o sujeito também é forjado positivamente pelas relações de poder. Em

---

<sup>196</sup> Tradução livre de: “How might attention to paradox help formulate a political struggle for rights in which they are conceived neither as instruments nor as ends, but as articulating through their instantiation what equality and freedom might consist in that exceeds them? In other words, how might the paradoxical elements of the struggle for rights in an emancipatory context articulate a field of justice beyond “that which we cannot not want”? And what form of rights claims have the temerity to sacrifice an absolutist or naturalized status in order to carry this possibility?”.

outras palavras, nos referimos àquilo que vai se instalando nas condutas mais individuais, que compõe a subjetividade e dá forma ao desejo, àquilo que nos produz dentro da lógica do sexo e do gênero para além da desqualificação e da submissão mais visíveis e diretas. É nesse sentido que mesmo atendendo a uma reivindicação popular, é possível que uma política pública de saúde não se torne imediatamente emancipatória em relação à diferença sexual, pois pode carregar consigo a afirmação do substrato orgânico, da verdade anatômica e, portanto, da desigualdade hierárquica do sexo e do gênero que tem constituído uma mulher.

Contudo, assim como nos relata Judith Butler (2019), ainda que existam discursos autoritários e normalizadores a respeito do gênero, esses “nem sempre conseguem conter os efeitos dos discursos de gênero que praticam”, de modo que efeitos imprevistos pelo regime de saber e poder venham a acontecer, possibilitando que formas dissidentes aflorem e ganhem o mundo. Novamente nos encontramos com o ruído que gera em diversos movimentos de mulheres e feministas, assim como nas políticas públicas, a afirmação da vida de mulheres prostitutas, travestis, lésbicas, transexuais. De início, cabe destacar que, em geral, não causa espanto a supressão de pessoas travestis e transexuais das políticas de saúde voltadas para mulheres. Pelo contrário, uma vez que se faz necessário que se justifique longamente os motivos para que tal disposição das normativas fosse diferente. De maneira similar, as políticas também demonstram dificuldade em abarcar aquelas pessoas que frontalmente recusam a maternidade quando grávidas e demandam por aborto. Há algo que se passa nessas modulações que parece ser insuportável para a mulher defendida e reproduzida no domínio da diferença sexual.

Resta compreender que tipo de lutas, acordos, rupturas e negociações temos condições de produzir de modo a tornar possível visibilizar, explicitar, inverter, esgarçar o maquinário que sustenta a produção do sexo e do gênero no regime da diferença sexual.

## **Considerações finais – (r)existir desde os escombros**

Um longo trajeto percorremos até aqui. Muitas palavras foram escritas, inúmeras foram lidas e um tanto de outras faladas, aqui e ali, no percurso do doutorado. Demos início a essa viagem por meio de uma série de questionamentos advindos de nosso encontro com Magdá, Vitória e Marina. A partir desse primeiro deslocamento, experimentamos estranhar os termos através do qual uma mulher é definida, o que nos permitiu, assim, elaborar o problema da pesquisa. Fizemos uma breve aproximação das políticas de saúde do século passado, para em seguida mergulhar em papéis e outros registros a fim de analisar as conjunturas que deram condição de possibilidade para que a PNAISM e a Rede Cegonha emergissem. Após esse mapeamento, nos lançamos a discutir, em companhia de nossos interlocutores teóricos, temas sensíveis destacados no encontro com os documentos, produzindo um diagrama das zonas de alta intensidade da produção do sexo e do gênero nas políticas públicas investigadas.

No primeiro capítulo, quando dialogávamos com a perspectiva genealógica de história, falamos sobre um fazer da história que a torna proveitosa para a vida, sendo capaz de impulsionar movimentos e traçar relações, a partir de uma composição não linear do tempo e dos acontecimentos. Por esse ponto de vista, o passado não estaria encerrado e rompido com o presente ou o futuro, de modo que seria possível identificar a presença de algumas de suas forças no jogo de relações de poder que toma lugar no contemporâneo. No que toca às políticas de saúde voltadas para mulheres, apostamos que extrair do intrincado das lutas, seus mecanismos, suas lógicas e seus paradoxos, pôde contribuir para atualizar tanto o campo da saúde da mulher, quanto a posição dos diferentes atores nele.

Nesse sentido, ressaltamos a instabilidade e a fluidez experimentadas pela PNAISM ainda durante a primeira gestão do presidente Lula, que foi e continua a ser demarcada como o período em que houve a maior inserção da perspectiva de gênero e também dos movimentos feministas no âmbito do executivo federal no país. Mais debilidade ainda encontra-se na efetivação tanto da participação social ampliada, quanto especificamente dos movimentos feministas em outros setores do governo federal, mesmo nas gestões de Lula, como os Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação, da Economia e da Agricultura. Essa constatação nos leva a considerar que mesmo em governos reconhecidos como parceiros dos movimentos sociais, a agenda feminista enfrenta condições áridas para sua institucionalização nas práticas estatais.

A fragilidade das pautas ampliadas em torno da mulher põe em cena a complexidade dos arranjos governamentais que condicionam a construção e a sobrevivência de políticas públicas articuladas com e pelos ativismos feministas e, mais especialmente, no que diz respeito à saúde da mulher que tem sido tratada como moeda de troca em negociações político-partidárias e com agências financiadoras internacionais, inclusive por autoridades consideradas de algum modo aliadas dos movimentos sociais de mulheres e feministas. Os acontecimentos em torno da RC oferecem uma cena exemplar dessa dinâmica, quando, em face da polêmica sobre aborto na campanha eleitoral, a resposta apresentada pela equipe de governo consistiu em defender a maternidade e a saúde das crianças, lançando mão de um imaginário que trata gestação e parto como o ápice de realização e plenitude de toda mulher. Mesmo em sua missão reprodutiva, a figura da mulher acabou excluída da imagem e do título da política. E, deve-se dizer, em um contexto no qual se provou necessário alargar a chamada idade fértil/reprodutiva, em vista do volume de gravidezes que ocorrem em pessoas abaixo dos 14 anos no país.

O desmonte obstinado das políticas de saúde da mulher tem se associado a um verdadeiro ataque à perspectiva de gênero, desde o chamado alto escalão do governo federal até grupos conservadores da câmara federal e do senado, e também da sociedade civil (ABIA, 2021). Mesmo em sua acepção menos radical – aquela que mantém o binarismo da diferença sexual –, gênero tem sido sistematicamente perseguido e eliminado do horizonte das políticas públicas. E também têm sido ameaçadas as pessoas que, publicamente, advogam pela adoção da perspectiva de gênero nos mais variados setores da sociedade.

Embora em uma intensidade diferente, pudemos vislumbrar esse movimento com nitidez na promoção da Rede Cegonha. O cuidado meticuloso com que a RC foi elaborada e divulgada de maneira a não incorporar o debate sobre as assimetrias de gênero, o aborto e tampouco o conceito de integralidade sinaliza as alianças que conquistaram hegemonia na arena da formulação de políticas à época. A escolha por não perturbar os delicados pudores e humores de grupos conservadores impôs um voto de silêncio àquelas pessoas que participaram da formulação da RC, sinalizando que diante da prática de inclusão e exclusão no campo dos direitos das mulheres, seria preciso abrir mão de muito na expectativa de poder avançar um pouco.

Todavia, não vemos nesses acontecimentos uma relação meramente causal. O que essa série de episódios demonstra é uma parte da dinâmica por onde a produção da mulher conjugada à produção do Estado tem transitado. Um Estado esse, vale notar, no qual o

presidencialismo de coalizão se ergue sobre uma profunda marca colonialista e encontra-se permeado pela lógica neoliberal. A cronologia de políticas e órgãos de governo ligados diretamente aos direitos das mulheres mostra que há uma onda mais expressiva de erosão despontando a partir de 2015 e 2016, e estendendo-se até os dias atuais, com o encerramento de diversas frentes de trabalho, seja por uma redução drástica de financiamento, seja por desestruturação dos programas.

É visível, no decorrer do período estudado, um agravamento do teor neoliberal nos órgãos de governo, expresso no conteúdo das falas de autoridades e também no corpo de políticas públicas. Emergem políticas focalizadas, dedicadas a alcançar metas de resoluções internacionais, com discurso empobrecido no que concerne ao conceito de direito universal à saúde e à defesa de princípios e diretrizes do SUS. Também se esvaecem menções à Reforma Sanitária e a um projeto democrático para o país. Na frente de incentivo à produção de conhecimento, por exemplo, a agenda se desloca da finalidade de fomentar programas sociais por meio de pesquisas que considerem as necessidades locais para afirmar a construção de um complexo econômico e industrial da saúde a serviço de um consumo de massa.

Nesse sentido, entendemos que a dimensão da integralidade em sua radicalidade na atenção à saúde da mulher foi encontrando diversos obstáculos para sua sustentação a médio e longo prazo no campo das políticas públicas. Paradoxalmente, a fragilização desse paradigma parece estar inoculada nas circunstâncias em torno da própria implantação da PNAISM, uma vez que o Plano de ação de 2004 a 2007 concentra ações e recursos em questões concernentes à fertilidade e à fecundidade; e que a PNAISM não foi incorporada no planejamento orçamentário e estratégico (o Plano Plurianual), responsável por estabelecer diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública.

Ainda sobre o paradigma da integralidade na atenção à saúde da mulher, ressaltamos o seu potencial disruptivo em referência à indústria médica e farmacológica. Herdeiro de uma vasta mobilização da sociedade civil, o conceito de integralidade guarda uma relação próxima com uma proposta de transformação do modo de vida como um todo, para além do contexto específico da área da saúde. Mesmo com a influência de ativistas feministas brasileiras nas Conferências de Cairo e Beijing, os conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos não parecem capazes de abarcar uma agenda ao mesmo tempo tão ampla e tão situada – dado os objetivos e a historicidade do conceito de integralidade no cenário nacional. Ademais, os vetos e as reservas concernindo ao gênero, às críticas a modelos econômicos excludentes e à homossexualidade, que foram expressos nos relatórios finais de Cairo e Beijing, conferem aos

conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos um abrandamento de seu teor político e contestatório.

Desde o enfraquecimento da PNAISM, não foi somente a integralidade que se perdera, pois também o gênero foi retirado do quadro normativo do governo federal. Outra perda notável reside na centralização dos processos decisórios no Ministério da Saúde, através do esvaziamento da participação popular que fora confinada no controle social. Portanto, deixam de compor como protagonistas na cena das políticas públicas voltadas para mulheres no Estado brasileiro a integralidade, o gênero e a participação popular, o que certamente vem corroborando para a desertificação de políticas sociais e para o desmonte do SUS.

A análise das políticas públicas, como parte de um arranjo que as extrapola, implicou considerar distintas escalas geográficas, uma variedade de organismos e uma multiplicidade de atores que não se acham fixos nas posições que ocupam ao longo do tempo, pois circulam entre diferentes espaços e funções, por vezes, de forma simultânea. A expressiva monta de documentos e plataformas que foi preciso explorar para mapear a trilha de fabricação e a teia de relações de “somente” duas normativas, dá notícia da complexidade da vida de uma política pública. Encharcados de política, contingências, personalismos, disputas por poder, relações situadas e tensionamentos, esses mapas visibilizaram os caminhos nada objetivos, imparciais ou padronizados por meio dos quais o Estado se faz em associação a processos de reivindicação de reconhecimento de sujeitos e de direitos.

Sobressaiu-se também a porosidade e a reafirmação dinâmica das fronteiras entre Estado, Academia e movimentos sociais, indicando a produção mútua e concomitante desses territórios. A pesquisa demonstrou que esses lugares e seus atores são móveis e que a proximidade que guardam entre si varia ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Dessa forma, o limite entre esses territórios e a própria identidade de cada um manifestam-se como efeitos da produção contínua do Estado.

Os muitos pontos que distinguem a PNAISM da RC indicam as singularidades do comportamento do Estado em relação às mulheres nas duas ocasiões. A diferença entre o que é trabalhado no corpo da PNAISM e o que não é no corpo da RC – como integralidade, racismo, gênero, aborto, homossexualidade - além de assinalar as prioridades de cada gestão, fala também sobre um novo arranjo das forças no sentido daquilo que pode (e do que não pode) ser documentado e, com isso, ser reconhecido, legitimado e fortalecido no plano do Estado. Vale lembrar que a PNAISM portava uma denúncia das práticas violadoras e desiguais do próprio Estado, indicando que, em algum nível, ele participa da opressão e da violação das mulheres.

Por outro lado, a RC desvincula-se dessa discussão e apresenta-se como um instrumento técnico de gestão. Com isso, lançam-se interrogações como: a modulação das relações de poder, em um dado contexto, tolera quais aberturas? Quais tensionamentos? O que os documentos oficiais dizem do debate de certos temas no espaço público?

Dentre as continuidades que atravessam ambas as normativas, ressaltamos os temas que têm se mostrado persistentes no conjunto de ações em saúde da mulher: a fertilidade e a fecundidade. Como pudemos ver, além de concentrar os esforços e as verbas, esses eixos organizam a inteligibilidade da mulher e a inteireza de seu corpo a partir da hierarquização de órgãos, substâncias e funções – na qual aqueles classificados como reprodutores ocupam o topo da pirâmide. Esse é o momento no qual a naturalidade do sexo é reiterada e, portanto, também se naturaliza a capacidade reprodutiva, tornando-a a fundação da definição de mulher.

Diante desse quadro, entendemos que a reprodução e o ciclo gravídico-puerperal nunca foram relegados a um segundo plano nas políticas nacionais de saúde da mulher. A análise apontou que não é possível distinguir uma normativa como sendo voltada para o trio gestar, parir e maternar, enquanto na outra normativa a figura da gestante e da mãe estariam ausentes. A questão central que diferencia as políticas nesse quesito reside nos graus de proeminência e de exclusividade com os quais esse tema é tratado. Em outras palavras, importa avaliar se o território da política é disputado por outros interesses e problemas – como no caso da PNAISM -, ou se a narrativa que os documentos oficiais trazem é a de que somente um tipo muito específico de condição é que tem licença para ocupar a cena – tal qual a RC.

O foco no acompanhamento de pré-natal e parto e o acoplamento entre gestação e maternidade são peças-chaves na operação de recitar o sexo como substrato orgânico natural na produção de identidades de gênero. E, por meio dessa dinâmica, a criança passa a fazer parte também das ações destinadas à saúde da mulher, incluindo o fomento governamental à produção de conhecimento. Dessa forma, compreendemos que as políticas públicas de saúde da mulher funcionam simultaneamente como guardiãs e fabricantes do sexo e do gênero sob a matriz heteronormativa.

A relação causal estabelecida entre gestar e maternar envolve um movimento que não é passível de encontrar justificativa somente no discurso científico da anatomia e da fisiologia, ainda que este seja evocado para conferir autoridade às propostas. Outro efeito desse acoplamento é a classificação hierárquica e valorativa das experiências da maternidade que faz com que o modelo considerado ideal resida na associação da maternidade à

conjugalidade, à família nuclear e à heterossexualidade. Através dessa articulação, determinam-se quais maternidades são desejáveis e quais não são, bem como quais pessoas, e em que condições, estão legitimadas a gerar descendência.

A parceria entre movimentos sociais e Estado beneficia os primeiros, a medida que contribui para o avanço das pautas no campo das políticas públicas e dos direitos, e beneficia também o segundo, uma vez que a participação social é um signo de valor moral para Estados democráticos no quadro geopolítico global. Ao incorporar termos e expressões do ativismo na gramática estatal, o governo também conquista uma espécie de co-autor para assinar com ele as políticas, ganhando legitimidade nesse processo. Nessa convivência, ferramentas, métodos e vocabulários são intercambiados, traduzidos, modificados, aliciados e, em alguns casos, transmutados.

Tal mecanismo pode ser vislumbrado na priorização de certas populações a serem alvos de intervenções cujo objetivo consiste em regular a reprodução. No que concerne às mulheres, vimos que um meio de colocar em funcionamento essa operação encontra-se na administração de contraceptivos hormonais preferencialmente a mulheres pobres, em situação de rua, com história de uso de substâncias psicoativas e com transtornos mentais. Utilizando-se da gramática dos direitos reprodutivos a fim de mascarar as reais motivações que subsidiam essas ações, municípios, estados e governo federal têm, cada vez mais, editado medidas com essas características. Sendo assim, torna-se visível a captura das pautas dos movimentos sociais pelo Estado na tentativa de mobilizar a linguagem dos direitos com o intuito de promover práticas eugênicas e racistas.

A reflexão sobre os paradoxos dos direitos nos permitiu entrar em contato com as tensões, as divergências e as potencialidades da arena dos direitos, sobretudo aqueles voltados a mulheres. Narrar uma história repleta de sobressaltos, discontinuidades e sobreposições guarda muitos desafios, inclusive aquele que diz respeito a criar condições de conviver com a complexidade sem tentar simplificá-la. Encontrar com a história é também vislumbrar o colorido de seus acontecimentos. As muitas tonalidades de cores que compõem os movimentos por direitos para e por mulheres falam de um território pulsante onde é a própria vida aquilo pelo que se luta.

Conquistas importantes, do ponto de vista dos movimentos sociais, foram alcançadas na parceria entre Estado e movimentos sociais de mulheres e feministas. Contudo, a investigação demonstrou que no âmbito das políticas de saúde da mulher dos anos 2000, elas foram possíveis sob a determinação natural do sexo, demonstrando a contundência desse



mecanismo como regulador da cidadania, da seguridade social e da possibilidade de tornar-se um sujeito político para aquelas pessoas que se acham sob a insígnia de mulher. As implicações das lutas na arena da política representacional, onde as margens são constitutivas do Estado, “revelam as conseqüências coercitivas e reguladoras dessa construção [do sujeito de direito], mesmo quando a construção é elaborada com propósitos emancipatórios” (BUTLER, 2017 [1990], p. 23).

O debate acerca das iniquidades em saúde no âmbito da reprodução ganha enormemente ao contar com o importante aporte oferecido pelo conceito de justiça reprodutiva. Com entrada relevante nos movimentos sociais e na Academia, a perspectiva de justiça reprodutiva não foi incorporada pelas políticas públicas de saúde da mulher até o momento, demonstrando uma dissociação e um não reconhecimento pelo Estado de parte do quadro teórico que informa a luta por direitos reprodutivos. Nascido no bojo do movimento feminista negro dos Estados Unidos da América, no início dos anos de 1990, o conceito oferece uma mirada crítica dos direitos reprodutivos a partir da consideração das condições sociais de vida, jogando luz sobre o processo e o contexto social e relacional no qual uma pessoa está situada e desde onde experimenta vivências relativas à saúde sexual e reprodutiva<sup>197</sup>.

Trata-se de uma perspectiva que desloca o problema de um plano unicamente individualizado para recolocá-lo em uma dimensão social e coletiva, extrapolando a dicotomia de ter ou não ter filhos para endereçar a questão do acesso a proteção e suporte para exercer os direitos reprodutivos com dignidade. Embora a PNAISM e a RC não façam referência à justiça reprodutiva, analisar as políticas de saúde da mulher sob essa perspectiva desponta como um fértil campo de investigação a ser explorado na Saúde Coletiva.

Um outro ponto sensível que emergiu no estudo corresponde aos termos e expressões utilizados nas ciências da saúde para descrever fenômenos relacionados à mulher. Nos referimos a noções como: planejamento familiar/reprodutivo, morbidade ou mortalidade materna, binômio mãe-filho e idade fértil/reprodutiva. As expressões elencadas pressupõem um enquadramento específico da mulher e de seu corpo, de acordo com o qual: gestar e maternar são tomados como um par indissociável; mãe e filho são uma unidade (que teria como objetivo maior a sobrevivência e o desenvolvimento infantil); a família nuclear é a baliza que organiza a reprodução; e a fertilidade funciona como critério de inteligibilidade da mulher. Os efeitos mais notórios produzidos por meio desses mecanismos consistem no

---

<sup>197</sup> Para saber mais sobre justiça reprodutiva, conferir: ROSS, SOLINGER, 2017; SILLIMAN, FRIED, ROSS, GUTIÉRREZ, 2004.

reforço da naturalidade do sexo, na subordinação da sexualidade à reprodução, na fragmentação hierárquica do corpo seguida pelo apagamento de outros temas de saúde (envelhecimento, doenças crônicas não degenerativas, saúde mental, entre outros), e na responsabilização da mulher pela reprodução e pelos eventos a esta associados.

Entendemos que os termos não têm função meramente descrita, uma vez que também funcionam como produtores das categorias que supõem somente enunciar. Afinal, segundo Annemarie Mol (1998, p.8, grifo da autora),

o formato tomado pelo corpo e suas doenças não pertence a um domínio interno à medicina que pode ser contrastado com um contexto localizado fora, onde residiria a política. A fronteira entre dentro e fora é borrada. Uma medicina repleta de tensões *contém* política no modo como a doença é estabelecida, o corpo é tocado, pacientes são tratados, células são contadas, e problemas são resolvidos<sup>198</sup>.

A circulação de uma gramática que trava aliança com a classificação hierárquica imposta pelo regime da diferença sexual corrobora para a reprodução de padrões que subalternizam as mulheres no universo da saúde, incluindo as dimensões de ensino, pesquisa, gestão e formulação de políticas públicas. Como operacionalizadoras de práticas discursivas e não discursivas, essas expressões podem dificultar o rompimento das cercas que constroem a mulher ao papel de reprodutora. Diante disso, identificamos a necessidade de construir categorizações descritivas que ensejem outros sistemas de pensamento, outras linguagens, desde onde seja possível experimentar outras posições. Uma produção transfeminista e antirracista que dispute a política nos campos que informam a saúde, mesmo e, sobretudo, quando a política é invisibilizada por um discurso que se quer neutro e universal.

A tecnologia de produção de corpos-mulher e corpos-homens instala sua maquinaria nos variados campos disciplinares que compõem a Saúde Pública, escamoteando a política em discursos de ciência e natureza. A permanente reiteração dos códigos e a vigilância sistemática das fronteiras dão notícia sobre a frágil arquitetura da verdade do sexo e do gênero. Estabilizar o que é o sujeito mulher consiste em uma operação que jamais se completa, pois “como para toda máquina, a falha é constitutiva da máquina heterossexual” (PRECIADO, 2017, p. 29).

A mulher idosa, a lésbica, a prostituta, a transexual, a masturbadora, a que aborta voluntariamente, a travesti, manifestam mais explicitamente as falhas constitutivas do regime

---

<sup>198</sup> Tradução livre de: “the shape taken by the body and its diseases does not belong to a realm inside medicine that is to be contrasted to a context lying outside, where politics are to be found. The boundary between inside and outside is blurred. A medicine full of tensions *contains* politics, in the way that disease is established, the body is touched, patients are treated, cells are counted, and problems are solved”.

heteronormativo da diferença sexual. Algo nelas faz derrapar a coerência linear da junção sexo-reprodução e escancara a artificialidade da identidade sexual e de gênero. Talvez seja precisamente isso que torne o discurso sobre elas, feito pelas políticas de saúde da mulher, tão escasso e embaraçoso, a ponto de, em um segundo momento de elaboração das políticas, aquele voltado ao planejamento das ações, já não haver mais a presença visível desses grupos.

Ensaiai os movimentos de deslocamento, estranhamento e aproximação da mulher e suas definições foi um exercício que ganhou fôlego na pesquisa por meio da interlocução com os referenciais teóricos, especialmente a obra de Paul Preciado. Ao longo de nossos estudos, notamos que grande parcela da literatura sobre saúde da mulher servia-se de uma perspectiva que mantém o sexo intocado ao problematizar o gênero. E mesmo a abordagem do gênero é feita, principalmente, por meio do argumento das assimetrias de gênero e seus efeitos, deixando de trabalhar o processo de sua atribuição e sua historicidade. Nesse sentido, constituir uma parceria para pensar tanto o gênero quanto o sexo como fabricações políticas nas quais participam avidamente a biologia e a medicina nos deu a chance de identificar relações, mecanismos e dinâmicas singulares que permeiam as políticas de saúde da mulher.

Realizar o percurso da pesquisa tendo em vista a paisagem conceitual ofertada por Paul Preciado – com destaque para os conceitos de tecnologias da produção do sexo e do gênero e de regime heterossexual - possibilitou explorar outros territórios onde formular os problemas relacionados aos processos de conformação da mulher, expandindo chaves de leitura e de encontro com os temas levantados. Sendo assim, apostamos que o diálogo com esse pensamento abre um caminho profícuo a ser experimentado pela Saúde Coletiva, trazendo novas miradas acerca de temas candentes – tais quais sexualidade, corpo, governo, indústria farmacêutica, contracepção -, bem como de pressupostos que fundam e organizam disciplinas que compõem o campo – entre eles, a perspectiva (neo)positivista de ciência.

A designação de um sujeito mulher institui-se como um processo repleto de disputas, fluxos e entrelaçamentos, no qual as políticas públicas de saúde se inserem e funcionam como tecnologias de governo que trabalham tanto no sentido de formar uma população - no caso a feminina - e guardar os limites do sexo e do gênero, quanto na constituição do próprio Estado. Buscamos tratar as políticas analisadas como artificios capazes de conceber e regular sujeitos, espaços e objetos, delineando os caminhos por onde a definição de mulher na saúde tem transitado nos anos 2000. Por meio desse mapeamento foi possível relacionar as mulheres das políticas a uma economia do sexo e do gênero que envolve não só a dita burocracia estatal,

mas permeia organismos internacionais e movimentos sociais, bem como participa da tessitura de nossa subjetividade.

Diante das palavras finais da tese, o que nos cabe é reafirmar nosso compromisso em tecer interrogações e lançar sementes, habitando a complexidade que contorna os problemas com os quais lidamos. Trata-se de uma aposta na capacidade de o campo da Saúde Coletiva acolher a diferença, dando lugar a diálogos transdisciplinares. Não por um entendimento de que esse espaço já esteja pronto e acabado, pois, com essa pesquisa, nos dedicamos a somar forças no intuito de fabricá-lo e de fabulá-lo.

Com isso, defendemos a ocupação da Saúde Coletiva com perspectivas que ofereçam ferramentas para mapear as tecnologias de produção do sexo e do gênero, tanto dentro do campo, como fora dele, permitindo a realização de uma análise das implicações, das alianças e das heranças que povoam esse território. É necessário colocar em movimento outros paradigmas a fim de visibilizar e esburacar as cercas que oprimem as mulheres, em benefício de experiências que não nos subordinem à reprodução e que possam bagunçar a hierarquia dos órgãos, da sexualidade e dos arranjos familiares. Inspiradas em Judith Butler (2017 [1990], p. 59), falamos de animar uma “proliferação dos prazeres fora da economia reprodutiva” e fora também, acrescentamos, de uma economia capitalista neoliberal, patriarcalista, colonialista e racista. Enfim, que a luta por vidas mais vivíveis possa extrapolar a gramática legal e estatal para não só regulamentar e legitimar identidades, mas também inspirar devires, derivações, subversões, criando potência de vida nos interstícios dos escombros nos quais nos encontramos. Afinal,

*ser feliz no vão, no triz  
é força que [nos] embala<sup>199</sup>.*

---

<sup>199</sup> Versos da canção “O que se cala”, composta por Douglas Germano e interpretada por Elza Soares no álbum “Deus é mulher”.

## REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca; SERAFIM, Lizandra; TATAGIBA, Luciana. Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 325-357, Jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582014000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582014000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 ago. 2020.

ABERS, Rebecca; TATAGIBA, Luciana. **Institutional Activism: Mobilizing For Women's Health From Inside The Brazilian Bureaucracy**. 38º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS). GT14 - Entre as Ruas e os Gabinetes: institucionalização e contestação nos movimentos sociais latino-americanos. Caxambu, MG, 2014.

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). **Ofensivas Antigênero no Brasil: políticas de Estado, legislação, mobilização social**. Rio de Janeiro: ABIA, 2021. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/E-book-SOGI-21102021.pdf>. Acesso em 10 nov. 2021.

ABRAMOVAY, Miriam. Uma conferência entre colchetes. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 1, p. 212-212, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16937/15501>. Acesso em 07 ago. 2021.

ADORNO, Rubens. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 111-124, 1992. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901992000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 mar. 2020.

AGUIÃO, Silvia. Quais políticas, quais sujeitos? Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003 - 2015). **Cad. Pagu**, Campinas, n. 51, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332017000300308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300308&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jan. 2021.

AGUIÃO, Silvia. **Fazer-se no "Estado": uma etnografia sobre o processo de constituição dos "LGBT" como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2018.

AKERMAN, Marco; FISCHER, André. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – Promoção da Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 180-190, mar. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100180&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100180&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 fev. 2020.

ALLEBRANDT, Bruna Letícia; DAMBRÓS, Bibiana Paula; WINCK, Daniela R. **Estudo sobre uso de métodos contraceptivos e planejamento familiar com imigrantes haitianas**. XXIII Seminário de iniciação científica e X Seminário integrado de ensino, pesquisa e extensão. Joaçaba, 2017. Disponível em: <portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/14059>. Acesso em 02 dez. 2020.

ALMEIDA, Ranna Iara de Pinho Chaves. Mulheres indígenas e saúde reprodutiva. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/index>. Acesso em 02 dez. 2020.

ALVARENGA, Augusta Thereza; SCHOR, Néia. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 87-110, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901998000100005>. Acesso em 8 ago. 2021.

ALVAREZ, Sonia. Falas do Estado ou o estado das falas sobre as mulheres nas administrações democrático-populares. *In*: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

ALVES, José Eustáquio D. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ANDERSEN, Hans Christian. The Storks. *In*: **Hans Andersen Forty-Two Stories**. Londres: Faber and Faber, 1953.

ANDRADE, Maria Angélica C.; LIMA, João B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

AQUINO, Estela. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 121-132, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>. Acesso em 20 jul. 2021.

AQUINO, Estela. **Nilcéa Freire: inspiração para todas nós**. Rio de Janeiro, Abrasco: jan. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/nilcea-freire-inspiracao-para-todas-nos-artigo-de-estela-aquino/44968/>. Acesso em 13 fev. 2020.

ARAÚJO, Maria José; SIMONETTI, Maria Cecília. Saúde das Mulheres: questões que o debate sobre políticas públicas ainda tem que enfrentar. *In*: Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Revista Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. 1ª Impressão. Brasília: SPM, 2014. Disponível em: [http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/revista-do-observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero-edicao-especial-10-anos-da-spm/at\\_download/file](http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/revista-do-observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero-edicao-especial-10-anos-da-spm/at_download/file). Acesso em 8 ago. 2020.

ARAÚJO, Maria de Fátima; SCHRAIBER, Lilia B.; COHEN, Diane D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 805-818, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000039>. Acesso em 20 jun. 2021.

ARILHA, Margareth; BERQUÓ, Elza. Cairo + 15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. *In*: ABEP; UNFPA (org.). **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Campinas, 2009.

ARRAES, Jarid. **Redemoinho em dia quente**. Alfaguara, 2019.

ÁVILA, Maria Betânia; BANDLER, Regine. **A Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991.

ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sonia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. *In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. (Orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios.* São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

AZEVEDO, Aluísio de. **O homem.** Belo Horizonte: Ed. Garnier, 2003.

AZEVEDO, Marta. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. **Cad. CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-49792009000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 dez. 2020.

AZEVEDO, Rosemeiry C. S.; RAMOS, Flavia Regina S. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 288-291, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000300014>>. Acesso em 10 jul. 2021.

BAHIA, Joana; SANTOS, Miriam (Orgs.). **Corpos em trânsito: socialização, imigração e disposições corporais.** Porto Alegre: Letra & Vida, 2015.

BANASZAK, Lee Ann. **The women's movement inside and outside the state.** Nova Iorque: Cambridge, 2010.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Soc. estado.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, ago. 2009.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. **Revista Do CEAM**, Brasília, vol. 2, n. 1, p. 35-46, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/10075>. Acesso em 22 jun. 2021.

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>. Acesso em 2 ago. 2021.

BARBOSA, Maicon. **Tormentas urbanas: escritas, errância e conversas fiadas na cidade.** 2012. 188 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2012.

BARSTED, Leila. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil, 1983-1993. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, número especial, p. 38-54, 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16092>. Acesso em 13 de fev. 2020.

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

BARSTED, Leila. O progresso das mulheres no enfrentamento da violência. *In: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org.). O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010.* Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011, p. 346-381.

BENTES, Nilma. *Marcha das Mulheres Negras*. In: FERREIRA, Cláudia (Coord.). **Marcha das Mulheres Negras**. Articulação de Mulheres Negras Brasileiras: Brasília, 2015.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Pesquisa **nacional sobre demografia e saúde 1996: relatório da pesquisa**. Rio de Janeiro, 1997.

BERNARDES, Márcia Bernardes. Questões de raça na luta contra a violência de gênero: processos de subalternização em torno da Lei Maria da Penha. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 16, n. 3, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-24322020000300200&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322020000300200&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 01 mai 2021.

BICALHO, Gisele. Rede de atenção à saúde é discutida em seminário promovido pelo Conass. **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. [S.l.]. 2011. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/gripe/story/2120-rede-de-atencao-a-saude-e-discutida-em-seminario-promovido-pelo-conass-sesmg> Acesso em: 15 de mai. 2020.

BOHN, Simone. Feminismo estatal sob a Presidência Lula: o caso da Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 4, p. 81-106, jul.-dez. 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/debates/article/view/17439/10683>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BONIN, Robson. Dilma divulga carta para ‘pôr um fim definitivo à campanha de calúnias’. **G1**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <http://g1.globo.com/especiais/eleicoes-2010/noticia/2010/10/dilma-divulga-carta-para-por-um-fim-definitivo-campanha-de-calunias.html>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BORGES, Clara Maria R.; RAZERA, Bruna Amanda A. Paradoxos feministas: o discurso punitivista contra a violência de gênero. **Rev. INTERthesis**, Florianópolis, v. 18, p. 01-23, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/75974/45610>. Acesso em 1 mai. 2021.

BOUTELDJA, Houria. Raça, classe e gênero: uma nova divindade de três cabeças. **Caderno de Gênero e Diversidade**, v.2, n.2, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/20686>. Acessos em: 01 mai. 2021.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, n. 26, p. 329-376, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>. Acessos em 04 jun. 2021.

BRANDÃO, Elaine; CABRAL, Cristiane. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 07, p. 2673-2682, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>. Acessos em 07 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília: 1996.



BRASIL. Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2003a.

BRASIL. Lei 10.745, de 09 de outubro de 2003. Institui o ano de 2004 como o “Ano da Mulher”. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2003b.

BRASIL. Congresso. Senado. Senado institui o ano de 2004 como Ano da Mulher. **Agência Senado**. Brasília: 17 set. 2003c. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2003/09/17/senado-institui-o-ano-de-2004-como-ano-da-mulher>. Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Anais da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004: ano da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004e.

BRASIL. SPM. **Proposta de Diretrizes para uma Política Nacional para as Mulheres. I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. Documento para os Grupos de Trabalho. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004f.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 2. Manual**. Brasília, 25 a 28 de julho de 2004. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2004h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde: 2005b.

BRASIL; Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**; Brasília, 25 a 28 de julho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2005d.

BRASIL. Ministério da Educação. Governo federal lança programa mulher e Ciência. **Ministério da Educação**. Brasília: 13 set. 2005e. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4175&catid=212](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4175&catid=212). Acesso em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005f.

BRASIL. Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pensando gênero e ciência. Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas - 2005, 2006**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006d.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Retrospectiva**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, jun. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde: 2007a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher**. Brasília, Secretaria de Políticas para as Mulheres: 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Ciência e Tecnologia; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico - CNPq. **Edital MCT/ CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT - Saúde nº 022/2007**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. **Relatório de Gestão 2005 do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Ciência e Tecnologia; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. **Edital MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT nº 54/2008**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Ciência e Tecnologia, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Ciência e Tecnologia; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. **Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 057/2009**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Ciência e Tecnologia, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR). **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília: SEDH/PR, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Decit 10 anos**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/rede\\_cegonha/manual\\_pratico\\_rede\\_cegonha.pdf](http://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/rede_cegonha/manual_pratico_rede_cegonha.pdf). Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Saúde da mulher foi assunto da reunião entre Iriny Lopes e Padilha**. [S.l.]. 2011c. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas\\_noticias/2011/02/saude-da-mulher-foi-assunto-da-reuniao-entre-iriny-lopes-e-padilha](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2011/02/saude-da-mulher-foi-assunto-da-reuniao-entre-iriny-lopes-e-padilha) Acesso em: 15 de mai. 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Frente parlamentar contra o aborto será reinstalada nesta quarta. **Agência Câmara de Notícias**. Brasília, 2011d. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/213250-frente-parlamentar-contr-o-aborto-sera-reinstalada-nesta-quarta>. Acesso em: 10 de mai. 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Frente comemora arquivamento de projeto que descriminalizaria o aborto. **Agência Câmara de Notícias**. Brasília, 2011e. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/213400-frente-comemora-arquivamento-de-projeto-que-descriminalizaria-o-aborto> Acesso em: 10 de mai. 2020.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Deputado cobra ação de estados e municípios em programa para gestantes. **Agência Câmara de Notícias**. Brasília, 2011f. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/213414-deputado-cobra-acao-de-estados-e-municipios-em-programa-para-gestantes>. Acesso em: 10 de mai. 2020.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). **Ata de reunião ordinária de 19 de maio de 2011**. 2011g. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/conselho/atas-das-reunioes/Reuniao%20CNDM%2018%20e%2019%20maio%202011%20-%20pauta-final.pdf>

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). **Ata de reunião ordinária de 25 de agosto de 2011**. Brasília: 2011h. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/conselho/atas-das-reunioes/ata-5a-reuniao-ordinaria-cndm-25-08.2011>. Acesso em: 18 de mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde - PESS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS). **Ata de reunião ordinária de 05 de abril de 2011**. Brasília: 2011j. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/19/Ata---1---REUNI--O.pdf>. Acesso em 2 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório final - Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Conheça a rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cegonha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf). Acesso em: 09 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Dicionário de termos utilizados no sistema Pesquisa Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento**. v. 04. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Participação e controle social**. Brasília: 2015a. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/participacao-e-controle-social>. Acesso em 13 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário oficial da União**, Brasília: 2016.

BRIAN, Jenny D.; GRZANKA, Patrick R.; MANN, Emily S. The age of LARC: making sexual citizens on the frontiers of technoscientific healthism. **Health Sociology Review**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1784018>. Acesso em 02 dez. 2020.

BRITO, Milena B.; NOBRE, Fernando; VIEIRA, Carolina S. Contraceção hormonal e sistema cardiovascular. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 81-89, 2011. Disponível em: Acesso em 20 nov. 2020.

BROWN, Wendy. Suffering the paradoxes of rights. In: BROWN, Wendy; HALLEY, Janet (Orgs.). **Left Legalism / Left Critique**. Durham: Duke University Press, 2002.

BRUSCHINI, Cristina A.; BARROSO, Carmen; SIMONETTI, Cecília; VIEIRA, Elisabeth. Caminhando juntas: uma experiência em educação sexual na periferia de São Paulo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 45, p. 43-49, 1983. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/cp/article/view/1488/1482>. Acesso em 20 out. 2021.

BUTLER, Judith. SCOTT, Joan. Introduction. In: Butler, J.; Scott, J. (Orgs.). **Feminists theorize the political**. Nova Iorque: Routledge, 1992.

BUTLER, Judith. **Undoing gender**. Nova Iorque: Routledge, 2004.

BUTLER, Judith. Judith Butler et Beatriz Preciado en grand entretien. [Entrevista cedida a] Ursula Aguila. **Têtu**, Paris, n. 138, nov. 2008.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero - feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. 15ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. 3ª ed. Trad. Fernanda Miguens. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

BUTLER, Judith. Judith Butler on the culture wars, JK Rowling and living in “anti-intellectual times”. [Entrevista cedida a] Alona Ferber. **Jornal Newstatesman**, Londres, set. 2020. Disponível em: <https://www.newstatesman.com/international/2020/09/judith-butler-culture-wars-jk-rowling-and-living-anti-intellectual-times>. Acesso em: 18 de dez. de 2020.

CABRAL, Cristiane S. **Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero**. 2011. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CABRAL, Cristiane S.; BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth. Direito ao aborto: caminhos traçados no Brasil - entrevista com Margareth Arilha. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118319>. Acesso em 14 jun. 2021.

CAIAFA, Janice. **Aventura das cidades: ensaios e etnografias**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

CALDERON, Iracema de M. P.; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, mai. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 fev. 2020.

CAMARGO, Thais M. C. R. **Narrativas de políticas sobre aborto no Brasil: uma análise a partir do *narrative policy framework***. 2018. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CAMPOS, Mariana L. Feminismo e Movimentos de Mulheres no Contexto Brasileiro: a Constituição de Identidades Coletivas e a Busca de Incidência nas Políticas Públicas. **Revista Sociais e Humanas**, [S.l.], v. 30, n. 2, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/27310>. Acesso em 13 fev. 2020.

CANESQUI, Ana Maria. A saúde da mulher em debate. **Saúde em Debate**, v. 15, n. 16, p. 29-36, 1984.

CARIGNATO, Lucirene. **Vivências femininas no movimento de saúde da cidade de São Paulo**. 2007. 243 f. Dissertação. (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

CARLOTO, Cássia. Ruptura ou reforço da dominação: gênero em perspectiva. In: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

CARNEIRO, Rosamaria G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas, Campinas: 2011.

CARNEIRO, Rosamaria G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, p. 49-59, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 mar. 2020.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, Dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acessos em: 04 jul. 2020.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir da perspectiva de gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar dos Tempos, 2019.

CARRARA, Sérgio. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 323-345, Ago. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132015000200323&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132015000200323&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CARTA DE ITAPECERICA. I Encontro Nacional de Saúde da Mulher. Itapeccerica da Serra, 1984. In: LABRA, M. E (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

CARVALHO, Layla. **Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres**. Tese (Doutorado em Ciência Política). Universidade de São Paulo, São Paulo: 2017.

CARVALHO, Layla. A SPM e as políticas para as mulheres no Brasil: saltos e sobressaltos em uma institucionalização das demandas das agendas feministas. *In*: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: expressões feministas nas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres**. Vol 2. Porto Alegre: Zouk, 2018.

CASTILHOS, Clair. **“Senhora presidenta, ouça as mulheres”**. [S.l.]. Viomundo, abr. 2011. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.html>. Acesso em 13 fev. 2020.

CASTRO, Maria Soledad. **A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no ministério da saúde**. 2012. 343 f. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

CASTRO, Mary. Feminismos e feminismos, reflexões à esquerda. *In*: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

CAVENAGHI, Suzana; ALVES, José Eustáquio D. **Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios**. Rio de Janeiro: Ens-Cpes, v. 120, 2018.

CECCIM, Ricardo; CAVALCANTI, Felipe. **Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo**. [S.l.]. Conasems, mai. 2011. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/rede-cegonha-praticas-discursivas-e-redes-de-dialogo-por-ricardo-burg-ceccim-e-felipe-cavalcanti/>. Acesso em: 09 mar. 2020.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Novo fôlego – Conferências preparatórias estaduais rumo à CNMB atualizam o movimento feminista. **Jornal Fêmea**, ano X, n. 111, Brasília: abr. 2002a. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea111.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Plataforma Política Feminista é aprovada em Brasília. **Jornal Fêmea**, ano X, n. 113, Brasília: jun. 2002b. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea113.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Nosso olhar transforma o mundo. **Jornal Fêmea**, ano X, n. 113, edição especial, Brasília: jun. 2002c. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea111.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. CNMB analisa dificuldades da trabalhadora brasileira. **Jornal Fêmea**, ano X, n. 113, Brasília: jun. 2002d. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea113.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.



CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Entrevista com Sílvia Camurça. **Jornal Fêmea**, ano X, n. 118, Brasília: nov. 2002e. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea118.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. A participação das mulheres e a questão de gênero no Governo Lula. **Jornal Fêmea**, ano XI, n. 120, Brasília/DF, jan. 2003a. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea120.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Editorial. **Jornal Fêmea**, ano XI, n. 120, Brasília/DF, jan. 2003b. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea120.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Bancada feminina 2003. **Jornal Fêmea**, ano XI, n. 120, Brasília/DF, jan. 2003c. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea120.pdf>. Acesso em 3 fev. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Plataforma Feminista e 1ª Conferência de Políticas para Mulheres. **Jornal Fêmea**, ano XII, n. 133, Brasília: mar.-abr.- mai., 2004a. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea133.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Planejamento com perspectiva de gênero. **Jornal Fêmea**, ano XII, n. 132, Brasília: jan.-fev., 2004b. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea132.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Gênero e Raça – o produto mais grave da desigualdade. **Jornal Fêmea**, ano XII, n. 132, Brasília: jan.-fev., 2004c. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea132.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. O debate sobre saúde e sexualidade. **Jornal Fêmea**, ano XII, n. 132, Brasília: jan.-fev., 2004d. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea132.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. **Jornal Fêmea**, ano XII, n. 135, Brasília: ago., 2004e. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea135.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Editorial - As causas feministas e o Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres. **Jornal Fêmea**, ano XIII, n. 140, Brasília: jan., 2005a. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea140.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Editorial - Por que estamos de olho nas políticas e nos gastos públicos? **Jornal Fêmea**, ano XIII, n. 144, Brasília: mai., 2005b. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaofemea/jornalfemea144.pdf>. Acesso em 5 jul. 2020.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Atenção Integral à Saúde da Mulher ficou fragilizada. **Jornal Fêmea**, ano XIV, n. 171, Brasília: out. 2011. Disponível em:

<https://www.cfemea.org.br/images/stories/colecaoefemea/jornalfemea172.pdf>. Acesso em 3 jul. 2020.

CFEMEA - **Centro Feminista de Estudos e Assessoria**. Articulação de mulheres brasileiras (AMB) - 1994. Brasília: [2014]. Disponível em: [https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/\\_anos/1994.php?iframe=amb\\_1994](https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/_anos/1994.php?iframe=amb_1994). Acesso em 3 fev. 2020.

CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS (CLAM). **Saúde feminina e maternidade**. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065>. Acesso em 10 jul. 2020.

CHADD, Rachel Warren; TAYLOR, Marianne. **Birds: myth, lore and legend**. Londres: Bloomsbury Publishing, 2016.

COLLUCCI, Cláudia. Bebês prematuros são 10,5% no Brasil. **Folha de São Paulo**. São Paulo, fev. 2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1237437-bebes-prematuros-sao-105-no-brasil.shtml>. Acesso em: 04 jul. 2020.

CONCEIÇÃO, Hevelyn Rosa M. **Tessituras da saúde: discurso, política e poder no nascimento da Saúde Coletiva**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MULHERES BRASILEIRAS (CNMB-PPF). **Plataforma política feminista**. Brasília, 6 a 7 de junho de 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Comissões do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, [ca. 2017]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/index.html](https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/index.html). Acesso em 13 fev. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPQ). **Histórico: Programa Mulher e Ciência**. CNPq, Brasília: [ca. 2010]. Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/historico1/>. Acesso em 13 fev. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPQ). **Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero**. Brasília: CNPq, 2016. Disponível em: <http://www.igualdadedegenero.cnpq.br/igualdade.html>. Acesso em 13 fev. 2020.

CORRAL, Thaís. Agenda social. *In*: **Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI**. Brasília: Instituto de Política; PNUD, 2000.

CORRÊA, Sonia. PAISM: uma história sem fim. **Rev. Brasileira de estudos de População**, v. 10, n. 1/2, p. 3-12, 1993. Disponível em: [https://www.rebep.org.br/revista/article/view/488/pdf\\_463](https://www.rebep.org.br/revista/article/view/488/pdf_463). Acesso em 10 dez. 2020.

CORRÊA, Sonia. O conceito de gênero: teorias, legitimação e usos. *In*: BARSTED, L.; PITANGUY, J. (Org.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

CORRÊA, Sonia. “A categoria mulher não serve mais para a luta feminista”. Entrevista concedida à Laura Daudén e Maria A. C. Brant. **SUR - Revista Internacional de Direitos**

**Humanos**. São Paulo, v. 13, n. 24, p. 215-224, 2016. Disponível em: <http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2016/12/20-sur-24-por-sonia-correa.pdf>. Acesso em 13 de fev. 2020.

CORRÊA, Sonia. A “política do gênero”: um comentário genealógico. **Cadernos Pagu**. 2018, n. 53. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201800530001>>. Acesso em 15 jun. 2021.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. *In*: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

CORRÊA, Sonia; JANNUZZI, Paulo M.; ALVES, José Eustáquio D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, 2006. p. 27-62.

CORRÊA, Sonia; PARKER, Richard. Prologue. *In*: CORRÊA, Sonia; PARKER, Richard (Orgs.). **SexPolitics: Trends and Tensions in the 21st Century - Critical Issues**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

CORRÊA, Sonia; PIOLA, Sergio. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.319-335, 1999.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, vol. 31, núm. 75-76-77, p. 13-24, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345310003.pdf>. Acesso em 01 ago. 2021.

COSTA, Ana Maria; DINIZ, Simone. **Retomar a construção feminista para a saúde da mulher: anotações para um debate**. Blog Saúde Brasil, 31 janeiro 2011. Disponível em: <http://susbrasil.net/2011/01/31/retomar-a-construcao-feminista-para-a-saude-da-mulheranotacoes-para-um-debate/>. Acesso em: 08 jul. 2018.

COSTA, Ana Maria. **Saúde integral da mulher: quo vadis 30 anos depois?** Rio de Janeiro, Cebes, 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/03/saude-integral-da-mulher-quo-vadis-30-anos-depois/>. Acesso em 13 fev. 2020.

COSTA, Humberto. **Discurso proferido na cerimônia de posse do cargo de Ministro da Saúde**. Brasília. 02 jan. 2003. Disponível em: [http://www1.uol.com.br/fernandorodrigues/030106/discurso\\_de\\_posse-saude.doc](http://www1.uol.com.br/fernandorodrigues/030106/discurso_de_posse-saude.doc). Acesso em 4 ago. 2020.

CRETELLA JÚNIOR, J. Valor jurídico da portaria. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 117, p. 447-459, 1974. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/40205/38944>. Acesso em: 24 abr. 2020.

CRUZ, Eliane A. da. **As estratégias de mobilização do movimento feminista para a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004**. 2015. 265 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania). Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CURIEL, Ochy. **La Nación Heterossexual - análisis del discurso jurídico y el régimen heterossexual desde la antropología de la dominación**. Bogotá: Brecha Lésbica, 2013.

CURIEL, Ochy. La descolonización desde una propuesta feminista crítica. In: ACSUR (Org.). **Feminista Siempre: Descolonización y despatriarcalización de y desde los feminismos de Abya Yala**, p. 11-22. Madrid: ACSUR, 2015.

D'AGOSTINO, Rosanne. 2010. Em Aparecida, Serra diz que polêmica sobre aborto saiu de programa de Lula. **UOL**. São Paulo. Disponível em: <https://eleicoes.uol.com.br/2010/ultimas-noticias/2010/10/12/em-aparecida-serra-diz-que-polemica-sobre-aborto-saiu-de-plano-de-lula.jhtm>. Acesso em: 05 mai. 2020.

D'ARAÚJO, Maria Celina. **A Elite Dirigente do Governo Lula**. Rio de Janeiro: CPDoc/FGV, 2009.

DANTAS, Iuri. Governo pode exigir planejamento familiar. **Folha de São Paulo**, São Paulo: 6 jan. 2004. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0601200418.htm>. Acesso em 13 fev. 2020.

DAS, Veena. POOLE, Deborah. State and Its Margins: Comparative Ethnographies. In: DAS, V.; POOLE, D. (orgs.). **Anthropology in the Margins of the State**. Nova Deli: Oxford University Press. 2004.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Trad. Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

Davis-Floyd, Robbie E. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 8, pp. 1125-1140, 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3). Acesso em 4 ago. 2020.

DEUS, valores e defesa da vida marcam volta à TV. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 09 out. 2010. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/po0910201002.htm>. Acesso em 1 mai. 2020.

DINIZ, Carmen Simone. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo: 2001.

DINIZ, Carmen Simone. **Fique amiga dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.casaangela.org.br/pdf/09-fique-amiga-dela.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

DINIZ, Carmen Simone. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2005.v10n3/627-637/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DINIZ, Carmen Simone. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 fev. 2020.

DINIZ, Carmen Simone. **Gênero e saúde materna**. 2011. 138 f. Tese de livre docência Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo: 2011.

DINIZ, Carmen Simone. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive health matters**, Londres, v. 20, n. 39, p. 125-132, 2012. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1766559/mod\\_resource/content/1/DINIZ\\_materno-infantilism%20\(1\).pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1766559/mod_resource/content/1/DINIZ_materno-infantilism%20(1).pdf). Acesso em: 28 out. 2021.

DINIZ, Carmen Simone; RATTNER, Daphne; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; AGUIAR, J.; NIY, D. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, Londres, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DINIZ, Debora. A questão do aborto influenciará o seu voto? Entrevista realizada por Kátia Mello. **Época**. Rio de Janeiro, 06 out. 2010. Disponível em: <http://colunas.epoca.globo.com/mulher7por7/2010/10/06/a-questao-do-aborto-influenciara-o-seu-voto/>. Acesso em: 01 mai. 2020.

DORETTO, Juliana; FREITAS, Juliana; PINHEIRO, Mirele. Fora da ordem eleitoral: a cobertura das políticas públicas sociais em “Folha” e “Correio” em 2010. **Anagrama**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 1-19, 2012. Disponível em <http://www.periodicos.usp.br/anagrama/article/view/35663>. Acesso em: 14 abr. 2020.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. **Uma criatura dócil**. Trad. Fátima Bianchi. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

DUSSEL, Inés. Foucault e a escrita da história: reflexões sobre os usos da genealogia. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 1, 2004. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25418>. Acesso em: 10 jul. 2021.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 4, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xvK4dsWDLnZknYYRhLkzsYN>. Acesso em 20 out. 2021.

EM BUSCA do voto cristão, Dilma assina carta ambígua. **Gazeta do Povo**. Curitiba, 15 out. 2010. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/eleicoes/2010/em-busca-do-voto-cristao-dilma-assina-carta-ambigua-19oiiia61mtsro40yxaen2nny/>. Acesso em: 11 mai. 2020.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.; GERCHMAN, S.; EDLER, F.; SUAREZ, J. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FAUSTO-STERLING, Anne. The five sexes: Why men and women are not enough. **The Sciences**, v. 33, n. 2, p. 2-25, 1993.

FARAH, Marta. Políticas públicas e gênero. In: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Trad. Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019.

FERRAND, Michèle. O aborto, uma condição para a emancipação feminina. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, pp. 653-659, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200020>. Acesso em 18 ago. 2021.

FERREIRA, Laura F.; D'AVILA, Adelaide Maria F. S.; SAFATLE, Giselle C. B. O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. **Femina**, São Paulo, v. 47, n. 7, p. 426-32, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046533/femina-2019-477-426-432.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FERREIRA, Leticia. O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro. **Mana**, v. 17, n. 3, p. 670-673, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132011000300012>. Acesso em 22 ago. 2021.

FERREIRA, Leticia. "Apenas preencher papel": reflexões sobre registros policiais de desaparecimento de pessoa e outros documentos. **Mana**, v. 19, n. 1, p. 39-68, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132013000100002>. Acesso em 03 jun. 2021.

FERREIRA, Leticia; LOWENKRON, Laura. Encontros etnográficos com papéis e outros registros burocráticos. In: FERREIRA, Leticia; LOWENKRON, Laura (Orgs.). **Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias**. Rio de Janeiro: E-papers, 2020.

FERREIRA, Virgínia. A globalização das políticas de igualdade entre os sexos – do reformismo social ao reformismo estatal. In: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

FIGUEIREDO, Vera O. N.; LANSKY, Sônia. Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

FONSECA SOBRINHO, Délcio. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; FNUAP, 1993.

FONTOURA, Natália; PEDROSA, Cláudia. **PNAD 2009: primeiras análises - investigando a chefia feminina de família**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2010. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5286>. Acesso em 18 nov. 2020.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza C. Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. Trad. Laura Sampaio. 20ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. Retornar à história. In: FOUCAULT, M. **Ditos & escritos II—arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Trad. Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUREZ, Gérard. **A construção das Ciências - Introdução à filosofia e à ética das ciências**. São Paulo: Editora UNESP, 1995.

FRANKE, Katherine. Dating the State: the moral hazards of winning gay rights. **Columbia Human Rights Law Review**, v. 44, 2012.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 15, n. 14-15, p. 231-239, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/download/50109/54229>. Acesso em 15 jun. 2021.

FRASER, Nancy. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. **Revista Estudos Feministas**, v. 15, n. 2, p. 291-308, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200002>>. Acesso em 15 jun. 2021.

FREDERICK, David A.; JOHN, H. Kate S.; GARCIA, Justin R.; LLOYD, Elisabeth A. Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample. **Arch Sex Behav**, v. 47, p. 273–288, 2018.

FREIRE, Nilcea. A voz das brasileiras. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Retrospectiva**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, jun. 2006.

FREIRE, Nilcea. Apresentação. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pensando gênero e ciência. Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas – 2009-2010**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

FREIRE, Nilcea. Mulheres e poder uma relação delicada? In: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

FREIRE, Djacyr Magna Cabral. Curva de crescimento de altura uterina em gestantes atendidas na rede pública de João Pessoa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prêmio de incentivo em ciência e tecnologia para o SUS - 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Principais Questões sobre a Consulta de Puerpério na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puterperio-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em 10 set. 2021.

GADELHA, Carlos A. G. Saúde e desenvolvimento: uma nova abordagem para uma nova política. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 5-8, dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jul. 2020.

GALINDO, María. **No se puede descolonizar sin despatriarcalizar – teoría y propuesta de la despatriarcalización**. La Paz: Mujeres Creando, 2013.

GALINDO, María. **A despatriarcar**. La Paz: Mujeres Creando, 2014.

GALINDO, María. La revolución feminista se llama Despatriarcalización. *In*: ACSUR – Las Segovias. **Feminista siempre – descolonización e despatriarcalización de y desde los feminismos de Abya Yala**. ACSUR – Las Segovias: Las Segovias, 2015. Disponível em: <https://suds.cat/wp-content/uploads/2016/01/Descolonizacion-y-despatriarcalizacion.pdf>. Acessos em 02 jun. 2021.

GOLDBAUM, Moisés; SERRUYA, Suzanne J. O Ministério da Saúde e a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 470-471, Mar. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300001&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 fev. 2020.

GOLDER, Ben. Foucault's critical (yet ambivalent) affirmation: Three figures of rights. **Social & Legal Studies**, v. 20, n. 3, p. 283-312, 2011.

GONÇALVES, Assis da Silva. **Eugenia em debate: Medicina e Sociedade no I Congresso Brasileiro de Eugenia**. Anais do XIV Encontro Regional de História da Anpuh - Rio: Memória e Patrimônio. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: [http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276697830\\_ARQUIVO\\_MedicinaeSociedadenoICongressoBrasileirodeEugenia.pdf](http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276697830_ARQUIVO_MedicinaeSociedadenoICongressoBrasileirodeEugenia.pdf). Acesso em 20 nov. 2020.

GONÇALVES, Laura; FERIGATO, Sabrina; SOUZA, Tadeu P.; CUNHA, Gustavo T. Parto domiciliar como um dispositivo de humanização das práticas de saúde no Brasil. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GONÇALVES, Rafael Bruno. Religião e representação política: a presença evangélica na disputa eleitoral brasileira. **Rev. Espaço Acadêmico**, Maringá, ano 10, n. 116, p. 13-20, jan., 2011.

GONZALEZ, Débora. Os mecanismos institucionais de políticas para as mulheres: caminhos controversos da institucionalização. *In*: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo**. Vol. 1. Porto Alegre, RS: Zouk, 2018.

GONZALEZ, Débora. **Quando feminismos e Estado se encontram (?): Brasil e Chile no 'ciclo progressista'**. 2019. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Estadual de São Paulo. Campinas, 2019.



GRAMACHO, Rita de Cássia C. V.; SILVA, Rita de Cássia V. Enfermagem na cena do parto. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GUIMARÃES, Reinaldo; SERRUYA, Suzzane J.; DIAFÉRIA, Adriana. O Ministério da Saúde e a Pesquisa em Saúde no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 78, n. 1, 2008, (Suplemento 1), 12-21. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/253>. Acesso em 13 fev. 2020.

HERNÁNDEZ, Leticia V.; MARTÍNEZ, Judith T.; GÓMEZ, Juan José H. Efecto clínico y metabólico de los anticonceptivos orales. **Ginecol Obstet Méx**, México, v. 68, n. 2, p. 64-9, 2000.

HILLMANN, Elise de Castro. Fotografia Cervical Digital para rastreamento de câncer de colo uterino e suas lesões precursoras. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

HOLZLEITHNER, Elisabeth. Emancipação por meio do direito? **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 889-900, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/ Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **Situação da população brasileira - 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas de população para o Brasil em 2003**. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2003.

KORNIJEZUK, Natália P. **Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2015.

LABRA, Maria Eliana. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud**. Trad. Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista latinoamericana de Salud**, México, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1982.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, Jan. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Fev. 2020.

LAURETIS, Teresa. **A tecnologia do gênero**. *In*: HOLLANDA, H. B. de. Tendências e impasses - o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LEAL, Maria do C.; DIAS, Marcos A. B.; BONAN, Claudia; NAKANO, Andreza R.; TEIXEIRA, Luiz A. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de

Janeiro, v. 26, n. 1, p. 319-334, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702019000100319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000100319&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 abr. 2020.

LEMES, Conceição. Rede Cegonha recebe apoio da Frente Parlamentar Contra o Aborto. **Viomundo**. [S.l.] abr. 2011. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/rede-cegonha-recebe-apoio-da-frente-parlamentar-contr-o-aborto.html> Acesso em: 10 de mai. 2020.

LEMONS, Flavia Cristina S.; CARDOSO JÚNIOR, Hélio R. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**. v. 21, n. 3, p. 353-357, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300008>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LIMA, Betina; LOPES, Maria M.; COSTA, Maria C. Programa Mulher e Ciência: breve análise sobre a política de equidade de gênero nas ciências, no Brasil. **Anais do XI Congresso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género**. San José, Costa Rica: 26 a 28 jul. 2016. Disponível em <https://congresoctg.ucr.ac.cr/memoria/?actividad=9&ejeTematico=4>. Acesso em 13 fev. 2020.

LIONNET, Françoise. Feminisms and universalisms: “universal rights” and the legal debate around the practice of female excision in France. *In*: LEWIS, Reina; MILLS, Sara (orgs.) **Feminist postcolonial theory - a reader**. Nova Iorque: Routledge, 2003.

LORDE, Audre. **Irmã outsider**. Trad. Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

LOWENKRON, Laura; FERREIRA, Leticia. Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 76-112, Dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-43412014000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412014000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 ago. 2019.

MACHADO, Lia Z. Beijing em balanço - confrontos políticos e desafios intelectuais. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 414-426, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16448/15029>. Acesso em: 04 ago. 2021.

MACHADO, Maria das Dores. **Política e religião**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 2006.

MACHADO, Maria das Dores Campos. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 7, p. 25-54, abr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-33522012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 19 mai. 2020.

MADEIRO, Alberto; RUFINO, Andréa. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina - Piauí. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1735-1743, Jul. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700012&lng=en&nrm=iso). Acessos em: 04 mai. 2020.

MAGALHÃES, Helvécio. *In*: **Saúde da Mulher, Rede Cegonha e Prevenção ao Câncer de Mama**. Edição especial "Brasileiras" do programa "Brasil em Pauta" da TV Brasil. Brasília: 12 mai. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Tv1-KJl0794>. Acesso em: 09 mar. 2020.

MAIA, Ana C. M. S. B. **Programa Cegonha Carioca: dilemas conceituais/programáticos e expectativas na atenção pré-natal**. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

MARIZ, Renata. Governo federal dá calote em vencedores de concurso de redação. **O Globo**. Rio de Janeiro: 30 mar. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/governo-federal-da-calote-em-vencedores-de-concurso-de-redacao-21136166>. Acesso em 13 fev. 2020.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo – uma análise cultural da reprodução**. Trad. Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, André. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 950-958, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400009>. Acesso em 11 jul. 2021.

MATAMALA, Maria Isabel; BERLAGOSCKY, Fanny; SALAZAR, Gloria; NUÑEZ, Lorena. **Calidad de la Atención, Género, Salud reproductiva de las mujeres**. Santiago de Chile: Reproducciones América, 1995.

MATOS, Marlise; PARADIS, Clarisse. Los feminismos latinoamericanos y su compleja relación con el Estado: debates actuales. **Íconos – Revista de Ciencias Sociales**, n. 45, p. 91-107, 2013. Disponível em: <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/3111/1994>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MATOS, Marlise; LINS, Isabella. As Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres: histórico, regras, temáticas, desafios e proposições. In: MATOS, Marlise; ALVAREZ, Sônia. E. (Orgs.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo**. Vol. 1. Porto Alegre, RS: Zouk, 2018.

MATOS, Marlise; CYPRIANO, Breno; PINHEIRO, Marina Brito. A avaliação das políticas para as mulheres pelas delegadas e os processos inacabados de despatriarcalização do Estado brasileiro: até onde chegamos? In: MATOS, Marlise; ALVAREZ, Sônia. E. (Orgs.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo**. Vol. 1. Porto Alegre, RS: Zouk, 2018.

MATTAR, Laura D.; DINIZ, Carmen Simone G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Acesso em 20 ago. 2021.

MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni. & MATTOS, Ruben Araujo (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2006.

MEDEIROS, Patrícia. **Políticas da vida: entre saúde e mulher**. 2008. 112f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

MELLO, Carlos Gentile. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: FLEURY, Sônia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Orgs.). **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES; 2007.

MERHY, Emerson. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESQUITA, Cecília C. **Saúde da mulher e redemocratização: idéias e atores políticos na história do PAISM**. 2010. 157 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

MINH-HA, Trinh T. Difference: a special Third World women issue. **Feminist Review**, v. 25, n. 1, p. 5-22, 1987.

MOL, Annemarie. Proving or improving: on health care research as a form of self-reflection. **Qualitative health research**, v. 16, n. 3, p. 405-414, 2006. Disponível em: <https://ris.utwente.nl/ws/files/6740109/Mol06proving.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MOL, Annemarie; BERG, Marc. Differences in medicine: an introduction. In: MOL, A.; BERG, M. (Orgs.). **Differences in medicine: unraveling practices, techniques, and bodies**. Nova Iorque: Duke University Press, 1998.

MONAGREDA, Johanna K. Mulheres negras na institucionalização de políticas contra o racismo e o sexismo: trajetórias e desafios de uma agenda em aberto. In: MATOS, Marlise.; ALVAREZ, Sônia. E. (org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: expressões feministas nas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres**. Vol 2. Porto Alegre: Zouk, 2018.

MONTEIRO, Ana; COIMBRA, Cecília; MENDONÇA FILHO, Manoel. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicologia & Sociedade**, v. 18, p. 7-12, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000200002>. Acesso 10 jan 2020.

MORAES, Marcia; ARENDT, Ronald João Jacques. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. **Psicologia em Estudo**, v. 18, p. 313-321, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/MzTKpvHdLJvbNZ7qxHDDFhC>. Acesso em 10 jul. 2021.

MOTA, Santana M. M.; GAMA, Silvana G. N. da; THEME FILHA, Mariza M. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 33-42, mar. 2008. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 23 fev. 2020.

MULHALL, John; KING, Rosie; GLINA, Sidney; HVIDSTEN, Kyle. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. **J Sex Med.**, v. 5, n. 4, p. 788-795, abr. 2008.

NEGRÃO, Patrícia. “Maria José de Oliveira Araújo”. In: CHARF, Clara (org.). **Brasileiras: Guerreiras da Paz**. São Paulo: Contexto, 2006.

NEGRÃO, Telia. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. Entrevista de Télia Negrão concedida a Conceição Lemes. **Viomundo**, [S.l.] abr. 2011a.

Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>. Acesso em: 13 fev. 2020.

NEGRÃO, Telia. “Compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde com a Rede Feminista de Saúde não são cumpridos”. Entrevista de Télia Negrão concedida a Conceição Lemes. **Viomundo**, [S.l.]. abr. 2011b. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar.html>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

NIETZSCHE, Friedrich. **Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida**. Trad. Marcos Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

NISHIMURA, Katia Mika. Conservadorismo social: opiniões e atitudes no contexto da eleição de 2002. **Opin. Pública**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 339-367, out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-62762004000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762004000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2020.

NUCCI, Marina. La píldora anticonceptiva, ¿una droga de "estilo de vida"?: Ensayo sobre el proceso actual de medicalización de la sexualidad. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 124-139, Abr. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872012000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. O Recorte Racial/Étnico e a Saúde Reprodutiva: mulheres negras. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 419-438, 1999.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, Fátima. Ministério da Saúde adoça a boca do Vaticano. Entrevista de Fátima Oliveira concedida a Conceição Lemes. [S.l.]. **Viomundo**, abr. 2011a. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/fatima-oliveira-ms-adoca-a-boca-do-vaticano-ao-retomar-conceito-de-saude-materno-infantil.html>. Acesso em: 13 fev. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. É prestar atenção na vitória de Pirro da Rede Cegonha. [S.l.]. **O Tempo**, ago. 2011b. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/opiniao/fatima-oliveira/e-prestar-atencao-na-vitoria-de-pirro-da-rede-cegonha-1.213258>. Acesso em 10 jul. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. A saúde da mulher na encruzilhada. [S.l.]. **Viomundo**, fev. 2012a. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/fatima-oliveira-a-saude-da-mulher-na-encruzilhada.html>. Acesso em 13 fev. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. Governo Dilma submete corpo das brasileiras ao Vaticano. [S.l.]. **Viomundo**, jan. 2012b. Disponível em <https://www.viomundo.com.br/denuncias/fatima-oliveira-governo-dilma-submete-corpo-das-mulheres-ao-vaticano.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. O estilo inconfundível de Luíza Bairros e o Dia da Mulher Negra. [S.l.]. **O Tempo**, jul. 2016. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/opiniao/fatima-oliveira/o-estilao-inconfundivel-de-luiza-bairros-e-o-dia-da-mulher-negra-1.1343937> Acesso em 10 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Women and health: mainstreaming the gender perspective into the health sector: report of the Expert Group Meeting**, 28 de setembro a 2 de outubro, 1998, Tunísia. Nova Iorque: ONU, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Departamento de Informação Pública. **Millennium Development Goals Report 2015**. United Nations Publications, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Appropriate technology for birth. **The Lancet**, Londres, v. 326, p. 436-437, ago. 1985. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext). Acesso em: 15 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. A New Approach by WHO and UNICEF**. Genebra: OMS/UNICEF, 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63597>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento Familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde**. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf;jsessionid=3E0342A8B7AE4FD1E3C6D708F3FDA76B?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=3E0342A8B7AE4FD1E3C6D708F3FDA76B?sequence=6). Acesso em: 02 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 1ª ed. Brasília: OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Lançamento do Projeto Rede Cegonha. **OPAS**, [S.l.], 2011. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1939:lancamento-do-projeto-rede-cegonha&Itemid=685](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1939:lancamento-do-projeto-rede-cegonha&Itemid=685) Acesso em 15 de mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde assina parceria com a Fundação Bill & Melinda Gates. **OPAS**, [S.l.], 2012. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2815:ministerio-da-saude-assina-parceria-com-a-fundacao-bill-e-melinda-gates&Itemid=838](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2815:ministerio-da-saude-assina-parceria-com-a-fundacao-bill-e-melinda-gates&Itemid=838). Acesso em: 04 jul. 2020.

OSIS, Maria José. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Acesso em: 08 ago. 2021.

OUDSHOORN, Nelly. **Beyond the natural body: an archeology of sex hormones**. Londres: Routledge. 1994.

OUDSHOORN, Nelly. **The Male Pill: A biography of a technology in the making**. Durham: Duke University Press, 2003.

PADILHA, Alexandre. **Discurso proferido na cerimônia de posse do cargo de Ministro da Saúde**. Brasília. 01 jan. 2011. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/pdf/Discurso\\_Ministro\\_Padilha.pdf?pg=dspDetalleNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=12054](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/galeria_ministros/pdf/Discurso_Ministro_Padilha.pdf?pg=dspDetalleNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054). Acesso em: 29 jul. 2020.

PAGLIARO, Heloisa; MENDONÇA, Sofia; BARUZZI, Roberto. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Cad. CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 479-491, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-49792009000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 dez. 2020.

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARTIDO DOS TRABALHADORES (PT) / FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA). **Caderno temático do programa de governo: Compromisso com as mulheres**. São Paulo, 2002. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/csah/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/07-compromissocomasmulheres.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

PASCHE, Dario. Rede Cegonha é a oferta do Ministério da Saúde para o parto humanizado. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes antropológicos**, n. 42, p. 377-391, 2014. Disponível em: <https://journals.openedition.org/horizontes/781>. Acesso em 02 jul. 2021.

PEREIRA, Georgia M. C.; AZIZE, Rogerio L. Quem tomará a “pílula masculina”? Reflexões sobre a construção do usuário de contraceptivos para homens. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 32, p. 20-39, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.32.03.a>. Acesso em 24 mai. 2020.

PETERS, Lilian R. **O Programa Pesquisa Para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS como ferramenta de descentralização do fomento à pesquisa em saúde**. 2013. 147 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. São Paulo. 2013.

PIMENTEL, Ana Cristina L. **A Rede Cegonha em cena: algumas controvérsias sobre uma “corrente de cuidados especiais”**. 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2014.

PIMENTEL, Ana Cristina L.; JANNOTTI, Cláudia B.; GAUDENZI, Paula; TEIXEIRA, Luiz Antonio. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 43-52, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.05932016>>. Acesso em 3 jul. 2020.

PINTO, Céli R. J. Quando os contextos não importam: as Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres 2011-2016. *In*: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo**. Vol. 1. Porto Alegre, RS: Zouk, 2018.

PITANGUY, Jacqueline. Gênero, cidadania e direitos humanos. *In*: BRUSCHINI, M.; UNBEHAUM, S. (org.), **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Ed. 34, 2002, p. 109-119.

PITANGUY, Jacqueline. Advocacy e direitos humanos. *In*: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011, p. 20-57.

PITANGUY, Jacqueline. BARSTED, Leila. Um instrumento de conhecimento e de atuação política. *In*: BARSTED, Leila; PITANGUY, Jacqueline. (Org.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

POLISSENI, Fernanda *et. al.* Síndrome hiperandrogênica em mulher na pós-menopausa: relato de caso. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 214-220, Ago. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011000800008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000800008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 nov. 2020.

PRECIADO, Beatriz. Multidões queer: notas para uma política dos "anormais". **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, abr. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2011000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 nov. 2020.

PRECIADO, Paul. **Nous disons RÉVOLUTION**. Libération, Paris, 20 mar. 2013. Disponível em: [https://www.liberation.fr/culture/2013/03/20/nous-disons-revolution\\_890087](https://www.liberation.fr/culture/2013/03/20/nous-disons-revolution_890087). Acesso em: 12 de abr. de 2021.

PRECIADO, Paul. **Manifesto Contrassexual**. Trad. Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n -1 edições, 2017.

PRECIADO, Paul. **Transfeminismo**. São Paulo: n -1 edições, 2018a.

PRECIADO, Paul. **Testo Junkie**. Trad. Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n -1 edições, 2018b.

PRECIADO, Paul. *In*: **Terrícolas**. [Entrevista cedida a] Tania Adam. Betevé. Barcelona: 07 jun. 2018c. Disponível em: <https://youtu.be/04Uibmsg0zc>. Acesso em: 09 mar. 2021.

PRECIADO, Paul. **Yo soy el monstruo que os habla - informe para una academia de psicoanalistas**. Barcelona: Ed. Anagrama, 2020.

PRÊMIO de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/ciencia-e-tecnologia/premio-incentivo-em-ciencia-e-tecnologia-para-o-sus>. Acesso em: 13 fev. 2020.



PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade**. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6 - 7 dez., 2001. Brasília: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM, 2001. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3589/Saude-Populacao-Negra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 jul. 2020.

RAMOS, Fernanda Irene. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. 123 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, Graciliano. **Angústia**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2019.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso). Acesso: em 15 jun. 2020.

RATTNER, Daphne; SANTOS, Marcos L.; LESSA, Heloísa; DINIZ, Simone. ReHuNa – a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010.

RATTNER, Daphne; JONES, Ricardo H.; DINIZ, Simone; BELTRÃO, Renata S.; LOPES, Ana Flávia C.; LOPES, Tatiana C.; SANTOS, Silvéria Maria. Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento do Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REBERTE, Luciana Magnoni. Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (RFS). **Dossiê assimetrias raciais no Brasil: alerta para a elaboração de políticas**. Belo Horizonte: RFS, 2003. Disponível em: [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/318\\_1915\\_assimetriasdossie.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/318_1915_assimetriasdossie.pdf). Acesso em: 01 ago. 2020.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (RFS). **Dia internacional da mulher: 8 de Março em defesa da saúde integral, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Porto Alegre: 2011a. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20111128021326/http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/?p=2127>. Acesso em: 10 jul. 2020.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (RFS). **Carta de Porto Alegre**. 2011b. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20111128021951/http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/?p=2786>. Acesso em: 10 jul. 2020.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (RFS). Ministro Padilha reafirmou compromisso com o País na apresentação da Rede Cegonha. **Aborto em debate**, [S.l.] abr. 2011c. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20111128020704/http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/?p=2288>. Acesso em: 10 jul. 2020.

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Carta de Campinas: ato de fundação da rede pela humanização do parto e nascimento – REHUNA**. Campinas: 1993. Disponível em: <http://ongamigasdo parto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acesso em: 09 abr. 2020.

REIS NETO, Edgard T.; MACHADO, Flávia S.; OMURA, Felipe; SZEJNFELD, Jacob; SZEJNFELD, Vera L; PINHEIRO, Marcelo M. Desenvolvimento e validação de instrumento para identificação de mulheres com baixa densidade óssea e fraturas por baixo impacto - The São Paulo Osteoporosis Risk Index (SAPORI). *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

REIS, Roberta A. C.; MELO e SILVA, Maria. Etnicidade e humanização: fortalecendo a Rede de Cuidado à Saúde Materno-Infantil Indígena. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: evolução e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, 1995.

ROBLES, Alfonsina F. La “police amie des mères”: nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain. **Sociologie**, v. 4, n. 1, p. 63-79, 2013. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2013-1-page-63.htm>. Acesso em: 15 dez. 2020.

ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana; LYRA, Jorge. Feminismo em defesa da saúde. **Revista de Estudos Universitários**, v. 37, n. 1, p. 267-293, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/602>. Acesso em: 09 ago. 2020.

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

ROLIM, Leonardo B.; CRUZ, Rachel S.; SAMPAIO, Karla J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 mar. 2020.

ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. **Reproductive justice: an introduction**. Califórnia: University of California Press, 2017.

ROUSSEFF, Dilma. **Discurso proferido no lançamento da Rede Cegonha**. Belo Horizonte. 28 mar. 2011a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hy86q3EN0x4>. Acesso em: 09 mar. 2020.

ROUSSEFF, Dilma. *In*: BRASIL. Biblioteca Presidência da República. Programa de rádio “Café com a Presidenta”, com a Presidenta da República, Dilma Rousseff. **Biblioteca Presidência da**

**República.** Brasília, 14 mar. 2011b. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/cafe-presidenta/programa-de-radio-2011cafe-com-a-presidenta2011d-com-a-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-radio-nacional-14-de-marco-de-2011>. Acesso em: 11 de mai. 2020.

ROY, Arundhati. **Capitalism – a ghost story**. Chicago: Haymarket Books, 2014.

RUBIN, Gayle. **Políticas do sexo**. Trad. Jamille Dias. São Paulo: Ed. Ubu, 2017.

SANTOS, Gilmara L. **Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**. 2013. 60f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, Gilney C.; BAPTISTA, Tatiana W. F.; CONSTANTINO, Patrícia. “De quem é esse bebê?”: desafios para o direito à maternidade de mulheres em situação de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00269320>>. Acessos em: 07 mai. 2021.

SANTOS, Jamilli; TEIXEIRA, Carmen F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 219-230, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080018>>. Acesso em 10 jul. 2021.

SANTOS NETO, Edson Theodoro; ALVES, Kelly Cristina; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita de Cássia D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em 30 jul. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa. Secretário nacional de Atenção à Saúde fala sobre teto financeiro do SUS. **Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**. São Paulo: 21 jun. 2011. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=294909>. Acesso em: 11 de mai. 2020.

SARTI, Cynthia. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35-50, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23959.pdf>. Acesso em 13 fev. 2020.

SATRAPI, Marjane. **Bordados**. Trad. Paulo Werneck. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

SCHUMAHER, Schuma. Os movimentos feministas ontem e hoje no Brasil: desafios da sua institucionalização. In: MATOS, M.; ALVAREZ, S. E. (org.). **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: expressões feministas nas Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres**. Vol 2. Porto Alegre: Zouk, 2018.

SCHUMAHER, Maria Aparecida; VARGAS, Elisabeth. Lugar no governo: álbi ou conquista? **Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 348-364, 1993. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16068/14600>. Acesso em 20 out. 2021.

SCOTT, Joan. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. **American Historical Review**, Bloomington, v. 91, n. 5, 1986. p. 1053-1075. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/1864376>. Acesso em 13 de fev. 2020.

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **E-cadernos ces**, Coimbra, n. 18, 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/eces/1533>. Acesso em 13 fev. 2020.

SILLIMAN, Jael; FRIED, Marlene; ROSS, Loretta; GUTIÉRREZ, Elena. **Undivided rights: women of color organize for reproductive justice**. Chicago: Haymarket Books, 2004.

SILVA, Carmen Silvia Maria. Feminismo popular na AMB: Uma experiência brasileira. **Enfoques**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 147-163. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/enfoques/article/view/12641/0>. Acesso em 13 fev. 2020.

SILVA, Carmen. **Feminismo popular e lutas antissistêmicas**. Recife: Edições SOS Corpo, 2016.

SILVA, Cristiane Vanessa. **Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960**. Dissertação (Mestrado em Ciências) Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro: 2017.

SILVA, Elaine F. **Ascensão, crise e declínio do PAISM: A experiência do Centro de Saúde Santa Rosa/Policlínica Sérgio Arouca, em Niterói (RJ)**. Dissertação (Mestrado em Política Social) Escola de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense, Niterói: 2015.

SILVA, Thaiga Danielle M.; GARCIA, Marcos Roberto V. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 42-52, abr. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472019000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVEIRA, Paloma S.; PAIM, Jairnilson S.; ADRIÃO, Karla G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe 8, p. 276-291, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>. Acesso 2 out. 2021.

SOUZA, João Paulo. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 273-279, Out. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011001000001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001000001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2020.

SOUZA, Heloisa Regina. **Volúpias rebeldes: natureza, política e subjetividade nos movimentos pelo parto humanizado no Brasil**. 2021. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos; CASTRO, João Paulo M. Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s). **Revista Antropológicas**, v. 26, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaantropologicas/article/view/23968>. Acesso 20 mai. 2019.

SOUZA SANTOS, Boaventura. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto: Ed. Afrontamento, 1994.

SPIVAK, Gayatri. **Outside in the teaching machine**. Nova Iorque: Routledge, 1993.

TEIXEIRA, Jacqueline M. **A conduta universal: governo de si e políticas de gênero na Igreja Universal do Reino de Deus**. 2018. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

TOITIO, Rafael. **A disputa entre movimento LGBT e neoconservadorismo religioso no governo Dilma**. 41º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS). GT08 – Democracia e Desigualdades. Caxambu, 2017. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro-2/gt-30/gt08-26/10663-a-disputa-entre-movimento-lgbt-e-neoconservadorismo-religioso-no-governo-dilma/file> Acesso em 15 de mai. 2020.

TOWNS, Ann. **Women and states - norms and hierarchies in international society**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

ULPIANO, Cláudio. **Plano de Imanência (Território) ou a Ideia de Imagem do Pensamento**. Aula proferida em 31 de maio de 1995. (Transcrição de comunicação oral).

VASCONCELOS, Michele; MARTINS, Cátia; MACHADO, Dagoberto. 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://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500997&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500997&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2020.

VENTURA, Miriam. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. *In*: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

VIANNA, Adriana. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. *In*: CASTILHO, S. R. R.; SOUZA LIMA, A. C.; TEIXEIRA, C. C. (orgs.). **Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014.

VIANNA, Adriana; LACERDA, Paula (orgs.). **Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 51, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332017000300302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300302&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jan. 2021.

VIEIRA, Elisabeth M. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 440-448, Dez. 1994. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101994000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000600008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov. 2020.

VIEIRA, Elisabeth M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

VIEIRA, Elisabeth M. Políticas Públicas e Contracepção no Brasil. *In*: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. UNICAMP, p. 151-196, 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia M.; SILVA, Gerluce A. P.; ESPERIDIAO, Monique A. Avaliação da implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 87-98, set. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000700087&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700087&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 fev. 2020.

VILELA, Esther. “Partos de risco habitual serão feitos por enfermeiro-obstétrico”. Entrevista de Esther Vilela concedida a Conceição Lemes. **Viomundo**, [S.l.] abr. 2011a. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/esther-vilela-do-ministerio-da-saudepartos-de-risco-habitual-serao-feitos-por-enfermeiro-obstetrico.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.

VILELA, Esther. *In: Coordenadora do Ministério da Saúde fala sobre o Rede Cegonha*. Edição do programa "NBR Entrevista" da TV Brasil. Brasília: 12 mai. 2011. 2011b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eSPTCrHE54A>. Acesso em: 09 mar. 2020.

VILELA, Esther. “Na cesárea de hora marcada, o bebê nem sabe que nasceu a mulher nem sabe que pariu”. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

VILELA, Maria Esther A.; LEAL, Maria do Carmo; THOMAZ, Erika Barbara; GOMES, Maria Auxiliadora S. M.; BITTENCOURT, Sonia D. A.; GAMA, Silvana G. N.; SILVA, Luiza Beatriz A.; LAMY, Zeni. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet] (2020/Jul). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-atencao-ao-parto-e-nascimento-nas-maternidades-da-rede-cegonha-os-caminhos-metodologicos/17658>. Acesso em: 20 jul. 2020.

VILLELA, Wilza. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. *In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. (Orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

VILLELA, Wilza. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher. *In: DINIZ, C. S. G. et.al. (Org.). Experiência e Prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000, p. 07-11.

VILLELA, Wilza; ARRILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. *In: BERQUÓ, Elza (Org.). Sexo & vida – panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. *In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: Abrasco; UNFPA, 2005.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 531-540, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n3/531-540/>. Acessos em: 04 mai. 2020.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciênc. saúde coletiva**,

Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, Ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400002>. Acesso em 16 jun. 2019.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas canibais**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

WALBY, Sylvia. Cidadania e transformações de gênero. *In*: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Orgs.). **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004.

WARNER, Marina. **Once upon a time: a short history of fairy tale**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei Sebastião. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 263-288, Mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702013000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2020.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn. (Orgs.) **O livro da saúde das mulheres negras — nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Criola; Pallas, 2000.

WERNECK, Jurema. “O governo Dilma está chocando o ovo da serpente”. [S.l.]. **Viomundo**, fev. 2012. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/denuncias/jurema-werneck-o-governo-dilma-esta-chocando-o-ovo-da-serpente.html>. Acesso em: 13: fev. 2020.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, Set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2020.

WOOLF, Virginia. **Orlando, uma biografia**. Trad. Laura Alves. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

WOOLF, Virginia. **Profissões para mulheres e outros artigos feministas**. Trad. Denise Bottmann. Porto Alegre: L&PM, 2012.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane A. N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 454-463, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300002>. Acesso em: 11 jul. 2021.

**Anexo 1 – Cronologia de eventos relacionados à emergência e à eventual dissolução de políticas públicas e de órgãos institucionais vinculados à saúde da mulher no Brasil, de 1983 a 2018.**







