

SEMINA

Revista dos Pós-Graduandos em História - UPF

*Dossiê: A história dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres no Brasil:
percursos de resistências*

Volume 22 | Número 1 | Ano/período: Janeiro/Abril 2023

Edição eletrônica

DOI: 10.5335/srph.v22i1.13654

ISSN: 2763-8804

Uma retrospectiva sócio-histórica da participação social e da construção de políticas públicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres no Brasil

Luciana Nunes Fonseca¹  

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

OPEN  ACCESS

Referência

FONSECA, Luciana Nunes; Uma retrospectiva sócio-histórica da participação social e da construção de políticas públicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres no Brasil. *Revista Semina*, Passo Fundo, vol. 22, n. 1, p.41-62, jan/abr 2023.

Recebido em: 06/06/2022 | Aprovado em: 28/02/2023 | Publicado em: 20/03/23

¹Doutora e mestra em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB). É especialista em Economia e Gestão em Saúde: ênfase em avaliação e tecnologias de saúde (ATS) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Uma retrospectiva sócio-histórica da participação social e da construção de políticas públicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres no Brasil

Resumo: O artigo trata da atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres no Brasil. O objetivo é dar ênfase à forma como as políticas públicas sobre a temática têm sido construídas desde a década de 1970 até os dias atuais. Elas se relacionam com o contexto sociopolítico do país e com os movimentos feministas, outros movimentos de mulheres e de profissionais da saúde e de outras áreas. Para contemplar tal processo, o texto foi organizado em dois blocos, além da introdução e das considerações finais. Na primeira parte, apresentamos a história das políticas públicas e dos programas de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva para mulheres no Brasil. Na segunda, enfatizamos a participação social, os movimentos feministas e de mulheres. Pesquisas de grande alcance como a Pesquisa Nascido no Brasil indicam a permanência de práticas não recomendadas durante a gravidez, o parto e o pós-parto. As recentes iniciativas do poder público como a substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materna e Infantil tem contribuído para a rotinização de tais procedimentos, fragilizando o movimento de humanização da atenção às mulheres.

Palavra-Chave: Participação social. Políticas públicas. Saúde sexual e reprodutiva.

A socio-historical retrospective of social participation and the construction of public policies for women's sexual and reproductive health care in Brazil

Abstract: The article deals with attention to the sexual and reproductive health of women in Brazil. The objective is to emphasize the way public policies on the subject have been built from the 1970s to the present day. They relate to the socio-political context of the country and to feminist movements, other women's movements and health and other professionals' movements. To contemplate this process, the text was organized into two blocks, in addition to the introduction and final considerations. In the first part, we present the history of public policies and programs of attention to sexual and reproductive health for women in Brazil. In the second, we emphasize social participation, feminist and women's movements. Wide-ranging surveys such as the Nascido no Brasil Survey indicate the persistence of non-recommended practices during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Recent government initiatives such as the replacement of "Rede Cegonha" by the "Rede de Atenção Materna e Infantil" have contributed to the routinization of such procedures, weakening the movement of humanization of care for women.

Keyword: Social participation. Public policies. Sexual and reproductive health.

Una retrospectiva socio-histórica de la participación social y la construcción de políticas públicas para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Brasil

Resumen: El artículo trata sobre la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Brasil. El objetivo es enfatizar la forma en que se han construido las políticas públicas en la materia desde la década de 1970 hasta la actualidad. Se relacionan con el contexto sociopolítico del país y con los movimientos feministas, otros movimientos de mujeres y de la salud y otros movimientos de profesionales. Para contemplar este proceso, el texto se organizó en dos bloques, además de la introducción y las consideraciones finales. En la primera parte, presentamos la historia de las políticas públicas y programas de atención a la salud sexual y reproductiva de las

mujeres en Brasil. En el segundo, destacamos la participación social, los movimientos feministas y de mujeres. Encuestas de gran alcance, como la Encuesta Nascer no Brasil, indican la persistencia de prácticas no recomendadas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Recientes iniciativas gubernamentales como la sustitución de la “Rede Cegonha” por la “Rede de Assistência Materna e Infantil” contribuyeron para la rutinización de tales procedimientos, debilitando el movimiento de humanización de la atención a la mujer.

Palabra clave: Participación social. Políticas públicas. Salud sexual y reproductiva.

AS iniciativas do Ministério da Saúde (MS) relacionadas à temática da saúde reprodutiva das mulheres tiveram início a partir da década de 1970 e trataram-se, entre outras, do Programa Materno-Infantil (PMI), lançado em 1974, do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), de 1978, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, ambos de 2004 (Costa, 2009), a Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005, o Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), lançado em 2008, a Rede Cegonha, de 2011, substituída em 2022 pela Rede de Atenção Materna e Infantil, e as Diretrizes Nacionais de Atenção à Gestante (2015/2016)¹. A No âmbito da sociedade civil, destacam-se diversos movimentos feministas e de mulheres, ONG's, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

Neste artigo, serão abordadas tanto essas iniciativas do MS quanto os sentidos das atuações dos movimentos sociais de mulheres e feministas em torno da saúde reprodutiva, tendo como objetivo construir um fio condutor presente-passado que conduza à compreensão de como foram elaboradas as políticas e programas de Atenção à Saúde Reprodutiva para as mulheres no Brasil e as articulações das ações coletivas e anseios por mudanças nesse cenário². Para tanto, foi realizada vasta pesquisa bibliográfica, por meio da abordagem qualitativa.

O desafio apresentado quando da elaboração deste texto foi exatamente o de reconhecer que ao longo dos processos das lutas sociais sobre as quais nos debruçamos, ocorreram diversas mudanças socioculturais e nos sistemas políticos, que se articularam na construção do tecido social e no próprio campo dos conflitos políticos. Foi frente a isso que os movimentos feministas e de mulheres produziram maneiras de agir, orientações, relações, motivações, identidades e desdobramentos das ações coletivas. Esses elementos caracterizam os movimentos sociais, lhes conferiram sentidos políticos e influenciaram as formulações das políticas públicas de saúde reprodutiva do país.

¹ Além destes, destaca-se a inclusão da doula na cena do parto, reconhecida desde 2013 como ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupação (CBO/MTE), cuja presença tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde. Atualmente foi aprovado no Senado e encaminhado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 3.946/2021 que propõe a regulamentação da profissão.

² É importante destacar o caráter propositivo de tais políticas. As recomendações, baseadas em evidências científicas, visam humanizar a atenção ao parto e nascimento e não denunciar desrespeitos e agressões. Nesse sentido, termos como “violência obstétrica” (V.O.) e seus sinônimos não têm sido considerados e utilizados. Apesar de não haver consenso sobre seu sentido e permanecerem resistências por grande parte dos(as) profissionais da saúde envolvidos, dificultando seu uso em tais propostas, tem sido cada vez mais utilizado em todo o mundo. Na América Latina, já possuem leis específicas sobre V.O. aprovadas a Venezuela, a Argentina, o Panamá e a Bolívia. No Brasil, não há uma lei federal com tal temática e a maior referência tem sido o direito à saúde integral apontada na Constituição de 1988. Se por um lado propostas como o Projeto de Lei 277 (2019) nomeado “Parto Seguro” tentam proibir o uso do temo, por outro, Coletivos e ONGs como o Coletivo Nascer Direito, coordenado por advogadas, tem tido maior visibilidade.

O texto está dividido em duas partes: 1) Participação social e história das políticas públicas e programas de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva para mulheres no Brasil; e 2) Participação social, os movimentos feministas e de mulheres. Na primeira, serão retomadas as principais iniciativas do poder público sobre a temática de modo a evidenciar a influência da participação social nesse processo. Na Segunda, as políticas e os programas serão tratados de forma paralela à participação da sociedade civil e dos movimentos feministas e de mulheres em geral. Em tom de conclusão, chamamos a atenção para as recentes iniciativas do poder público e a inclusão de novas pautas de debate.

História das políticas públicas e programas de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva para mulheres no Brasil

Segundo Ana Costa (2009) e Maria José Osis (1998), as iniciativas ministeriais dos anos de 1970, a exemplo do Programa Materno-Infantil (PMI) e do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), criados entre os anos de 1974 e 1978, tinham o controle da natalidade como elemento central e consideravam as mulheres em seu caráter eminentemente biológico e voltado para a reprodução. Nesses Programas, as mulheres eram concebidas num papel social de mães, donas-de-casa e apartadas do setor produtivo. O conteúdo dessas iniciativas ministeriais, marcavam uma posição do Estado brasileiro que propiciou a ação de instituições com aporte “controlista” e que atuavam de maneira desigual no território nacional. Dentre elas, destaca-se a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME) (Fonseca & Sobrinho, 1993).

A BEMFAM, foi criada em 1965 como entidade privada sem fins lucrativos, e com sede no Rio de Janeiro. Figurou como a primeira instituição do país a realizar uma espécie de planejamento familiar pouco ampliado, já que suas ações estavam voltadas para o atendimento ginecológico em clínicas e a distribuição de anticoncepcionais para a população menos favorecida. Foi filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), e, em 1971, foi considerada como de utilidade pública ao país. As ações da BEMFAM atingiram centenas de municípios, no país, e isso se deu por meio do Programa de Distribuição Comunitária de Anticoncepcionais, bastante aderido na região nordeste. Para Costa (2009), a distribuição de métodos contraceptivos sem o acompanhamento clínico acabou se constituindo em situação de risco para a saúde das mulheres alcançadas pela BEMFAM (Pêgo & Richa, 1987, apud. Costa, 2009).

O CPAIME era custeado por agências internacionais, como a Agency for International Development (AID), por meio da Family Planning International Assistance (FPIA), pela

Pathfinder Foundation e outras. Esse Centro de Pesquisas atuou no financiamento de treinamentos de professores(as) de medicina e enfermagem, e doava equipamentos e subsídios para atividades de médicos(as) que trabalhavam com esterilização cirúrgica. Também fazia parte do seu rol de ações a distribuição de contraceptivos para outras instituições similares. Suas ações contribuíram para a consolidação do uso de contraceptivos e do intervencionismo no âmbito da medicina (Costa, 2009).

Nesse contexto, havia ainda a presença da igreja católica, que durante as décadas de 1960 e 1970, substanciava a sua posição moral que vinculava a prática sexual exclusivamente à reprodução. Muito embora esse posicionamento tenha sido minimamente flexibilizado já no final da década de 1970, quando a igreja católica começou a reconhecer a possibilidade de se evitar a gravidez, mas desde que isso fosse feito unicamente por meio da abstinência sexual periódica.

O Movimento da Reforma Sanitária, e vários outros movimentos sociais, lideranças, e partidos políticos do campo progressista, problematizaram e combateram as ideias pró-controle demográfico, nas quais o PMI, o PNSMI, a BEMFAM e o CPAIMC se ancoravam. O contra-argumento dessas forças sociais baseava-se na necessidade de ocupação territorial do país e na defesa da autonomia individual e soberania nacional. Particularmente as feministas pautaram um debate incisivo pela autonomia feminina nas escolhas relacionadas à reprodução. Elas realizaram críticas substanciais ao controle demográfico, e, por outro lado, contestavam a defesa da ocupação do território nacional, que ultrajava a autonomia das mulheres (Costa, 1992).

As brasileiras já vinham em processo de rupturas e ressignificação do papel social que lhes era imposto, e passaram a se incorporar ao mercado de trabalho, e a ampliar as suas aspirações de cidadania. O planejamento familiar (ora ou outra denominado como planejamento reprodutivo) e o uso de métodos contraceptivos entram em perspectiva de luta por parte das mulheres brasileiras, e ganham cada vez mais evidência o exercício da sexualidade e a vivência do desejo sexual sem a sua imediata associação com a maternidade.

O cenário ficou cada vez mais complexo, entremeando demandas reais com ideologias: os setores esquerdistas insistiam na soberania nacional ao passo que, na classe média, crescia a demanda pela oportunidade da livre escolha dos métodos contraceptivos, surgindo valores de liberdade pessoal na decisão acerca do número de filhos com emancipação da mulher (COSTA, 2009, p. 1076).

O Estado brasileiro respondeu a essas demandas, e lançou, em 1983 o PAISM. E cabe salientar, no entanto, que foi uma parcela do Movimento da Reforma Sanitária e os movimentos feministas que subsidiaram técnica e politicamente o PAISM. O Programa apresentou uma abordagem inovadora na qual prevaleceu a perspectiva da complexidade da

saúde das mulheres, o que orientou a integralidade dessa política pública, evidenciando a autonomia reprodutiva das mulheres. Nesse sentido, as diretrizes do PAISM preconizavam a capacitação de profissionais de saúde para atendimento das necessidades ampliadas em saúde das mulheres, considero-as para além de sua capacidade reprodutiva. A atenção à saúde deveria ser integral, com foco clínico-ginecológico, e preparada para acompanhar o pré-natal, o parto e o período pós-parto, mas também deveria focar nas condições de vida de adolescentes e mulheres idosas. Além do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, dos cânceres de útero e de mama, e da assistência para a concepção e a contracepção. Isso representou ampliação das iniciativas anteriores que consideravam a atenção à saúde das mulheres somente em seu período gestacional (Osis, 1998). Nesses termos,

o PAISM contempla as diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo, naturalmente, os assuntos da reprodução. No que diz respeito ao planejamento familiar, afirma a livre escolha e preconiza que os indivíduos não se submetam a riscos para a saúde em decorrência da procriação e da anticoncepção. (COSTA, 2009, p. 1076).

Além disso,

O PAISM esclarece que o planejamento familiar deve incluir ações para a anticoncepção e também atenção aos casos de infertilidade. Com o propósito de garantir autonomia na escolha dos métodos e do controle da fertilidade, são valorizadas as práticas de educação em saúde e sexualidade, entendidas como instrumentos para disseminar as informações e possibilitar capacidade crítica às mulheres para a eleição de métodos. O programa recomenda ainda que se ofereça o conjunto de tecnologias disponíveis para a anticoncepção e que a atenção ao planejamento familiar seja realizada no contexto da atenção à saúde; portanto, sob as diretrizes do princípio da integralidade da saúde (COSTA, 2009, p. 1077).

Nessa esteira, por meio da Portaria 3.360/1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) definiu o PAISM como referência para a atenção às mulheres e elenca estratégias para implementação da política, espelhando a articulação institucional entre o INAMPS e Ministério da Saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (Costa, 2009).

No contexto de transição democrática dos anos de 1980, intensificaram-se as atuações das entidades sindicais, dos movimentos sociais em geral, e dos movimentos feministas e de mulheres. A atuação dos movimentos feministas, somando-se à presença de lideranças e setores de mulheres em partidos políticos, levou à criação do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos das Mulheres e alguns conselhos estaduais da mesma ordem, em 1985. A participação social feminista em instâncias relacionadas à saúde pode ser percebida pelo

aumento da representação de mulheres na Câmara Federal, no poder legislativo de estados e municípios, e pela atuação de feministas sanitaristas em fóruns constituídos por movimentos de mulheres e pelo movimento sanitário (Costa, Bahia e Conte, 2007).

Participação social, movimentos feministas e de mulheres

Dada essa conjuntura e o contexto de debates em torno da Reforma Sanitária e dos direitos das mulheres, foi na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, com cerca de 5.000 participantes e a presença massiva de mulheres, onde foram reconhecidas uma série de especificidades da saúde das mulheres, e houve a aprovação, entre as resoluções da 8ª CNS, da convocação imediata da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Tendo em perspectiva as premissas da 8ª CNS, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher foi realizada ainda em 1986 e organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher, com suporte de movimentos feministas e de mulheres, do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência.

O horizonte de mudanças na atenção à saúde das mulheres vislumbrado pelos debates na Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher de 1986 pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1. Resoluções selecionadas da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 1986

Temas	Resoluções Selecionadas
Assistência integral à saúde da mulher na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde	<p>Res. 4. A criação do sistema único de saúde coloca um grande desafio para a sociedade em geral e para os técnicos do setor em particular. Com respeito à mulher, enquanto cidadã e usuária dos serviços de saúde, coloca igualmente o desafio de como inserir as questões específicas de sua identidade e sua saúde no sistema único de saúde e de como efetivar o controle social da população feminina sobre o processo da reforma sanitária, a fim de assegurar seus direitos.</p> <p>Res. 11. Reforçar o PAISM.</p> <p>Res. 13. A política de Assistência Integral à Saúde da Mulher deverá assumir, progressivamente, a plena implantação do planejamento familiar, em todos os seus aspectos, de forma que as entidades privadas controlistas sejam desativadas.</p>

	<p>Res. 14. Capacitação do setor público na produção de medicamentos e tecnologia em saúde, estimulando a pesquisa de acordo com as necessidades do PAISM.</p>
Direitos reprodutivos	<p>Res.4. O atendimento à anticoncepção obedecerá aos seguintes critérios: respeito à liberdade de escolha; acesso a todos os métodos existentes, com orientação quanto a cada um deles; critérios de avaliação clínica e acompanhamento pelos serviços de saúde, antes, durante e depois do seu uso.</p> <p>Res. 8. As ações de concepção e contracepção não serão atividades isoladas, devendo ser assumidas e geridas pelo Estado, através de seus órgãos de saúde, com a participação do movimento de mulheres, sem a ingerência de interesses privados nacionais ou multinacionais.</p>
Aborto	<p>Legalizar o aborto, já que o mesmo nas condições em que atualmente ocorre no Brasil constitui um problema de saúde pública e saúde mental; e propiciar assistência e condições para que a mulher que decida fazê-lo o faça de forma consciente, sendo-lhe garantida assistência médica e psicológica. O aborto não deve ser considerado como um método contraceptivo, sendo por isso fundamental que seja dado à sociedade o conhecimento dos métodos</p>

contraceptivos existentes, visando que o aborto seja uma prática cada vez mais reduzida.

* As resoluções selecionadas referem-se a temas aprovados integralmente.

Fonte: Relatório final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 10 a 13 de outubro de 1986, *apud*. Costa, 2009.

Posteriormente, no contexto da formulação da Constituição Federal de 1988 (CF./88), foram analisadas em torno de 120 propostas e emendas substitutivas encaminhadas pelos movimentos feministas ao Congresso Nacional. O resultado disso foi o registro do planejamento familiar no âmbito dos direitos “Da família, da Criança, do Adolescente e do Idoso”, e, de acordo com o artigo 226 parágrafo 7º da CF./88: “[...] o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito e vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas” (BRASIL, 1988). Em 1996, o planejamento familiar foi regulamentado em Lei Federal nº 9.263. Quanto ao aborto, um dos temas da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher de 1986,

não foi incluído nem restritivamente e nem de forma facilitadora (**no texto Constitucional**, grifo da autora) [...]. Embora tenha havido pressões e emendas para ampliar as possibilidades do abortamento estas não tiveram acolhida. Mas tampouco a redação de uma das versões do Relatório da Comissão da Ordem Social que o vetava radicalmente teve condições de aprovação (RODRIGUEZ, 2003, p.122).

Nesse mesmo contexto, foi instituído o SUS no âmbito da CF/88, sancionando o direito à saúde como universal e dever do Estado, representando uma grande conquista do movimento sanitário. Os movimentos feministas também puderam comemorar a conquista de mudanças na concepção do papel social das mulheres, ainda que na esfera formal do conceito de saúde e de saúde das mulheres. Faltava, ainda, implementar essas conquistas na prática. E é justamente com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em que a aplicação dessas conquistas vai ficando mais palpável.

Diante desse quadro, a militância feminista passa a atuar em ONG's que futuramente tornam-se parceiras do Ministério da Saúde na formulação de materiais educativos, de normas técnicas na assistência e cuidado à saúde das mulheres. Em 1995, o MS nomeou Margareth Arilha³ como conselheira do Conselho Nacional de Saúde. Ela ocupou uma das

³ Durante os anos 80 e 90, Margareth Arilha coordenou a área técnica de Saúde da Mulher do Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, e foi uma das fundadoras da ONG ECOS - Estudos e Comunicação em Sexualidade (Fonte: plataforma lattes).

vagas destinadas à sociedade científica e isso, segundo Costa (2009), foi fundamental na ampliação do espaço político para comunicação das demandas femininas.

No contexto internacional, os temas da “saúde da mulher” e do planejamento familiar foram recorrentes nas conferências mundiais sobre população, em Bucareste, 1974; no México, 1984; e em Cairo; 1994. A posição formal do Brasil nessas conferências baseava-se na égide da liberdade das pessoas e casais com relação à tomada de decisão quanto ao número de filhos(as), desvinculando as práticas contraceptivas da lógica do controle demográfico. E, especialmente, na Conferência sobre População e Desenvolvimento de 1994, em Cairo, houve significativa participação da sociedade civil brasileira, sobretudo dos movimentos feministas (Costa, 2009). Nesse contexto, as noções de fecundidade e planejamento familiar acabaram sendo absorvidas pelo conceito de saúde reprodutiva. Como consequência, a concepção de saúde integral perdeu parte de sua centralidade no debate. Nessa Conferência, a saúde reprodutiva foi definida da seguinte forma:

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, define saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade (Capítulo VII, parágrafos 7.2) (COSTA, 2009, p. 1074).

Para Lasonde (1997), essa definição de saúde reprodutiva tem relação com as políticas demográficas compulsoriamente preconizadas pelos países desenvolvidos aos subdesenvolvidos. Ana Costa (2000, 2009) nos alerta para o fato de que a aplicação desse conceito no campo da saúde é passível de crítica, já que ele remete à fragmentação da saúde reprodutiva ao desconectá-la de outras dimensões da saúde integral. Ainda assim, a autora reconhece a importância dessa definição conceitual em cenário internacional, e destaca alguns ganhos para o Brasil, fundamentalmente porque o país já havia realizado certos avanços quanto ao tema da integralidade, já contemplada em debates e formulação de políticas públicas para a saúde das mulheres brasileiras. Para a autora,

A consciência desta fragmentação trouxe a discussão, que se desdobra ao longo dos anos noventa, sobre o conceito de saúde reprodutiva envolvendo os movimentos feministas e diversas organizações internacionais no esforço de tentar articulá-lo com os direitos reprodutivos e sexuais. Esse esforço tem a intenção de estabelecer “um vínculo entre saúde e direitos reprodutivos, em uma perspectiva que integra premissas de desenvolvimento equitativo e direitos humanos”. No Brasil, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, na Plataforma de Ação de Pequim, manifesta-se claramente sobre o assunto: os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, a

decidir livremente a respeito dessas questões, sem serem-se sujeitas à coerção, à discriminação ou à violências (COSTA, 2009, p. 1074).

Os movimentos feministas brasileiros tiveram papel significativo na participação das conferências do sistema ONU, e de outras conferências paralelas. E demonstraram importante habilidade de articulação com movimentos feministas de outros países, constituindo alianças que contribuíram para a formação do poder e da capacidade de intervenção das militantes brasileiras (Costa, 2009). Aponta-se, nesse sentido, um esforço de algumas militantes e acadêmicas de aproximar o termo “saúde reprodutiva” ao de “cidadania reprodutiva”, buscando ampliar a discussão do campo da “saúde” para o do “direito” (Pitanguy, 1999). Entretanto, é necessário reconhecer os limites conceituais do termo saúde reprodutiva, ainda que de modo geral.

Num primeiro aspecto, as desigualdades sociopolíticas do globo acabaram sendo registradas no conceito, uma vez que “nos países do norte”,

essa concepção de saúde reprodutiva fica mais garantida (...), onde muitas conquistas já estão asseguradas, notadamente no que se refere aos direitos básicos de informação, ao amplo acesso aos serviços de saúde, ao maior controle dos efeitos secundários das técnicas contraceptivas, mediante acompanhamento médico obrigatório e ao livre acesso o aborto (SCAVONE, 2004, p. 51 e 52).

Num segundo aspecto, o conceito de saúde reprodutiva, segundo Corrêa, se tornou um grande guarda-chuva para acomodar outros termos como: “saúde sexual”, “direitos reprodutivos” e “direitos sexuais”. Para ele, essas “definições têm sido aplicadas como se fossem intercambiáveis (...) meras interpretações semânticas, ou adequações das ações convencionais do materno-infantil ou de planificação familiar (CORRÊA, 1999, p. 43)”.

Num terceiro aspecto, e segundo Meyer (2004), mesmo que o conceito tenha contribuído com avanços epidemiológicos, ele ainda demandaria alinhamento de sua compreensão e implementação. Já que para a autora, a ideia de “direito” precisaria se aproximar do seu efetivo “exercício”.

Mesmo que falemos em um conjunto de “direitos reprodutivos universais” acabamos por deparar-nos com uma enorme diversidade de entendimento, implementação, e nível de acesso a esses direitos, nas diferentes sociedades e, dentro de uma mesma sociedade, entre os diferentes grupos sociais (MEYER, 2004, p. 96 e 97).

Diante dessa reconstrução sócio-histórica, nos deparamos com conceitos em plena formulação, que vão recebendo traços e inscrições políticas e de vários atores(as) sociais.

Formando-se ambiguidades conceituais constitutivas, sobre as quais é necessário nos debruçarmos para não correremos o risco de fragilizar as nossas análises.

Desse modo, por um lado, se um dos efeitos da Conferência de Cairo-94 foi a adoção do conceito de “saúde reprodutiva”, com destacados prejuízos à noção de integralidade da atenção à saúde das mulheres, por outro lado, foi justamente a internacionalização do debate sobre a saúde das mulheres que contribuiu para impulsionar a mobilização dos movimentos feministas e de mulheres, levando à recolocação do tema na agenda governamental brasileira (Costa, 2009).

A mobilização de mulheres se fortaleceu, sobretudo devido às lutas das mulheres rurais (Marcha das Margaridas), articulação de mulheres negras, rede de mulheres soropositivas, movimento de mulheres lésbicas, pela humanização do parto, e outros. Suas lutas evidenciaram preocupações que, no Brasil, vêm sendo colocadas sob o guarda-chuva da saúde reprodutiva, como: mortalidade materna, cesarianas desnecessárias, aborto ilegal, câncer do colo uterino e de mama, esterilização em massa, infecções sexualmente transmissíveis como HIV e HPV, violência institucional (e, mais recentemente, a violência obstétrica) (Scavone, 2004).

Retomando o PAISM, pode-se afirmar que ele foi um importante norteador das ações de saúde, mas na prática ele encontrou grandes dificuldades de implementação, sobre as quais pesam as próprias ambiguidades conceituais que constituem o pano de fundo do Programa, como também devido às descontinuidades na gestão e à sua sobreposição por outros programas que foram sendo criados (Correa e Piola, 2002). Para Osis (1998), o PAISM foi efetivado apenas parcialmente e de maneira descoordenada nas regiões brasileiras. Segundo Cecatti et al. (2004), o Programa teve baixa implementação, e, com isso, emergiram críticas acerca da qualidade assistencial ofertada, visibilizada pelos resultados negativos dos indicadores que refletiam a falta de acesso aos serviços de saúde, baixa qualidade da atenção, entre outros.

Nesse sentido, um breve balanço das políticas de saúde para as mulheres nos anos de 1990 demonstra que não ocorreram significativos avanços quanto à atenção integral. Entretanto, é importante destacar dois processos que, direta ou indiretamente, mudaram o cenário institucional das ações de saúde destinadas à população feminina brasileira. Um deles foi a ampliação da cobertura de atenção básica no país, fruto da ampliação da oferta de Unidades Básicas de Saúde, devido a implementação do Programa de Saúde da Família. E o outro, relaciona-se com a conjugação de esforços por mudanças no modelo de atenção obstétrica, especialmente relacionadas à redução da taxa de cesáreas desnecessárias e à humanização do parto.

Quanto à condução do parto e do nascimento humanizados, em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação de práticas, baseada em evidências científicas, que se tornou

referência no campo da atenção obstétrica. A classificação foi organizada em cinco grupos: Grupo A - práticas consideradas benéficas e que deveriam ser estimuladas; Grupo B - práticas tidas como prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser abolidas; Grupo C - práticas sem evidências suficientes para serem recomendadas, e que, até então, deveriam ser utilizadas com cautela; e Grupo D - práticas usualmente realizadas de maneira inadequada (OMS, 1996). Mais adiante, essa classificação passou a figurar como substrato das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no Brasil.

A partir disso, já nos anos 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000)⁴, que preconizou diretrizes da humanização da assistência ao parto, tendo como objetivo a efetivação dos direitos à promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. No contexto institucional do Ministério da Saúde, esse é o primeiro momento em o termo “humanização” é evidenciado. Nesse sentido, o termo foi compreendido a partir de dois elementos fundantes:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000, p. 33 e 34).

Ancorado na mesma compreensão do termo “humanização”, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo Martins et al. (2014), essa Política foi criada

a partir de uma preocupação metodológica: como fazer, que percursos trilhar, que trajetões percorrer, de que modo caminhar para interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal? (id, p. 10).

Com isso, o objetivo central da PNH foi o de colocar os princípios do SUS em prática no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde. Para tanto, assumiu a tarefa de estimular a comunicação entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) para a constituição de processos mais coletivos de operacionalização de relações de poder que produzem atitudes desumanizadoras. As práticas humanizadoras deveriam integrar três elementos

⁴ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

fundamentais, concomitantemente: a atenção, a gestão e a formação. Uma das ações do Coletivo HumanizaSUS foi um mapeamento de experiências exitosas do SUS, em todo o território nacional, o chamado “SUS que dá certo”. O PHPN e a PNH, além de evidente aproximação conceitual, passam a trilhar percursos operacionais integrados.

Em 2003, ocorre um outro marco importante no contexto do Ministério da Saúde, que é a constituição de uma coordenação específica para lidar com a temática da saúde das mulheres, a Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM). Destaca-se o fato dela se localizar, à época, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, justamente devido à sua função essencial de articuladora das ações de baixa, média e alta complexidade em saúde. A ATSM tinha o papel de reforçar os princípios de integralidade, levando em conta as particularidades regionais, e as mulheres em situação de vulnerabilidade.

Nesse mesmo ano, foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como tema principal a “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. Um dos seus resultados foi a formulação de um relatório, cujo subtema foi “Saúde e Gênero, o avanço na implementação da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)”. Ele atentava para a importância de se considerar as especificidades de saúde das mulheres negras, lésbicas e indígenas.

Em 2004, por ocasião da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, as demandas de efetivação do SUS e do PAISM ganham novo fôlego no contexto dos movimentos feministas. Diante disso, e nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde, juntamente com diversos setores da sociedade, incluindo movimentos feministas e de mulheres, pesquisadores(as), trabalhadores(as), gestores(as) do SUS, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulheres (PNAISM, 2004).

A PNAISM buscou retomar e atualizar as proposições da PAISM, levando em conta as mudanças das demandas da população feminina ocorridas no intervalo de tempo entre o lançamento dessas duas iniciativas ministeriais. A nova Política reafirmou, portanto, compromissos anteriores e trouxe, como destaque, o enfoque de gênero.

Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos

historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004 a, p. 5 e 6).

Também em 2004, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS), que dentre várias outras iniciativas, estabeleceu metas para efetivação da agenda de políticas para as mulheres, dentre as quais destaca-se:

- Reduzir em 15% os índices de mortalidade materna;
- Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados;
- Reduzir em 15% a taxa nacional de cesariana no SUS;
- Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios polos de microrregiões;
- Aumentar em 15% a cobertura do exame Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos de idade);
- Aumentar em 25% a realização de cirurgias para reconstrução mamária;
- Reduzir em 15% o número de complicações de aborto no âmbito do SUS;
- Implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes;
- Reduzir em 6% a incidência de aids em mulheres;
- Alcançar 100% de cobertura com a vacina dupla adulto em mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, nas regiões Norte, Nordeste, norte de Minas Gerais e no estado de Goiás, correspondendo a 2.288 municípios, com vistas à proteção da mãe e do conceito contra o tétano acidental e neonatal;
- Implantar/implementar cinco centros de referência para atendimento à fertilização de casais sorodiferentes para o HIV;
- Garantir a pelo menos 60% das gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, vacinação e pré-natal) (BRASIL; 2004 b).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde anunciou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O Pacto partia do pressuposto de que a significativa desigualdade social brasileira gerava disparidades nos modos de parir e nascer, impactando na sobrevivência de mulheres e crianças. Ele consistiu na busca por executar um conjunto de ações articuladas, nas três esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Essa iniciativa tinha vinte e oito ações prioritárias contemplavam aspectos mais relacionados à gestão, à qualificação de serviços de saúde e à atenção à saúde propriamente

dita 5. O Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna perdurou até 2009 e, ao longo desse período, passou por diversas revisões e atualizações.

No campo da participação social, a pesquisa realizada por Ana Costa (2009), baseando-se em informações Sistema Nacional de Informações sobre Conselhos e Conselheiros de Saúde – ParticipanetSUS, mostra que, em 2007, nos 5.463 Conselhos Municipais de Saúde, haviam 276.542 entidades representando os(as) usuários(as) do SUS. Das quais, somente 623, ou 0,23% delas, estavam relacionadas com a saúde das mulheres. Dessas 623 entidades, 54,57% delas eram clubes ou associações de mães, 26,48% correspondia a movimentos sociais de mulheres, 8,19% correspondia a movimentos sindicais, e os demais a outras modalidades.

Por um lado, os movimentos de mulheres estavam representados no Conselho Nacional de Saúde (CNS), seja por meio da entidade representativa desses movimentos, como também por representações da população negra, população LGBT, população do campo, sindicalistas e outros que conformavam uma configuração favorável aos avanços relacionados à saúde das mulheres. Mas ainda assim, e tendo em vista os registros nas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do colegiado, foram raros os momentos em que a temática da saúde das mulheres esteve presente nas pautas e nos debates do CNS. Para a pesquisadora,

Das 45 vezes que o tema foi objeto de pauta do CNS, por seis vezes (13,3%) envolveu o debate e a aprovação de políticas e programas para as mulheres; oito (17,7%) vezes tratou do tema de avaliação e monitoramento de políticas e programas; e em cinco (11,11) destes eventos o debate foi realizado acerca de situações críticas envolvendo posicionamento ético-político do referido colegiado (COSTA, 2009, p. 1.080).

Frente a esse cenário, e ao quadro de demandas da sociedade brasileira, o Ministério da Saúde deu continuidade às iniciativas de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, e lançou, em 2008, o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais (PQM). O Plano emergiu da necessidade de qualificar o processo de trabalho, e oferecer apoio à gestão de vinte e seis maternidades localizadas na Amazônia Legal e Nordeste brasileiro. Os estados dessas regiões formularam planos estaduais que contemplavam ações de regulação de leitos obstétricos e neonatais, vinculação de gestantes desde o pré-natal, até o serviço de saúde onde se realizaria o parto (Lei Nº 11.634/2007), e de garantia do direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto (Lei Nº 11.108/2005). O PQM foi operacionalizado até o ano de 2011.

Dando continuidade às ações de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, em 2011, a então Presidente da República, Dilma Rousseff, anunciou a Rede Cegonha (RC). Nesse

⁵ Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>

contexto, o Ministério da Saúde, delegou à então ATSM a direção transversal da RC, envolvendo diversas outras coordenações, diretorias e secretarias desses Ministério, numa verdadeira corrida para o desenvolvimento e acompanhamento de planos de trabalho, normativas, e diversos outros instrumentos de gestão, que possibilitassem a implementação dessa Rede em território nacional. Desse modo, em junho de 2011 foi publicada em Diário Oficial da União a Portaria GM nº 1.4596, que instituiu a RC no âmbito do SUS. Com isso, a política pública anunciada por Dilma Rousseff passou a existir legalmente e a Portaria começou a desencadear uma série de ações estatais, nos âmbitos federal, estadual e municipal, com o objetivo de intervir sobre um determinado estado de coisas.

O texto da Portaria GM nº 1.459 foi resultado de meses de trabalho. As ações propostas para intervir sobre as assistências obstétrica, neonatal e infantil oferecidas no Brasil, são efeito de muitas discussões, debates, conflitos, observação de dados epidemiológicos, e produção de consensos. O Ministério da Saúde já apresentava experiências acumuladas com o esse tema, e, dadas as exigências da Presidência da República, o corpo gerencial da ATSM da época e da Diretoria sobre a qual essa Coordenação se submetia, a experiência com o PQM acabou figurando como decisiva. Nesse sentido, os principais conteúdos disparadores da RC foram aqueles que, em alguma medida, já haviam sido propostos pelo PQM, como: cogestão⁷; direito a acompanhante e ambiência⁸; vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados⁹; acolhimento em rede e acolhimento com classificação de risco¹⁰. Embora, posteriormente, tenham se complexificado diante dos conflitos e da busca por novos consensos.

Além disso, o PQM também influenciou no formato gerencial da RC, que ficou estruturada de acordo com a perspectiva do “apoio institucional”. Ou seja, foram

⁶ Definiu cinco diretrizes estruturantes e quatro componentes, que deveriam ser observados quando da sua implementação. Diretrizes: 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, 2011). Componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

⁷ Diz respeito a um modo de gerir uma determinada instituição de saúde, que se pretende compartilhado e participativo, já que as negociações e os acordos alcançados buscam envolver um conjunto mais ampliado de profissionais de saúde em arenas decisórias onde é definido quem faz o quê, para quê e sob que condições de trabalho.

⁸ Efetivar a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo de parto (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato), conforme assegurado pela Lei 11.108/2005. E adequação da ambiência às particularidades do parto e do nascimento humanizados, de acordo com a RDC Nº 36/2008. De modo que as modificações no ambiente pudessem garantir privacidade e conforto às mulheres, e possibilitar a inclusão da(o) acompanhante, e que todo o processo do parto acontecesse no mesmo espaço físico, tomando como exemplo os quartos PPP - Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato.

⁹ A vinculação da gestante às equipes de atenção básica, desde o pré-natal, e a sua consequente vinculação ao local para o parto e nascimento, tinha como objetivo resolver o problema da peregrinação das mulheres por maternidades/hospitais, quando entrassem em trabalho de parto.

¹⁰ “Acolhimento e Classificação de Risco” (ACCR) é um dispositivo de gestão e assistencial que buscou integrar as lógicas do acolhimento (uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização) e da classificação de risco nas urgências e emergências das maternidades. O ACCR significou, portanto, um esforço de alinhar o acolhimento com a racionalidade médica.

contratadas(os) apoiadoras(res) institucionais, que a partir da experiência da própria intervenção, pudessem contribuir com as equipes dos serviços de saúde, buscando fortalecê-las e integrá-las. A proposta era a de apoiar a partir de dentro os serviços de saúde, profissionais e equipes, não para “anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde” (BRASIL, 2010, p. 22). No Manual Prático de Implementação da Rede Cegonha (2011), foi previsto:

[...] fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento (BRASIL, 2011, p. 11).

Ao se iniciar a fase de intervenções técnicas e políticas nas áreas de interesse, os desafios, dificuldades e situações imprevistas que ocorreram desde o início da sua implementação, fizeram da RC alvo de constantes reformulações. É possível afirmar que houve um processo de retroalimentação entre implementação e reformulação dessa política pública, com o sentido de buscar agregar as experiências próprias das intervenções nas maternidades e hospitais, das disputas e tensionamentos locais com profissionais de saúde e gestores(as). Mas também de conciliar, por vezes apaziguar os conflitos entre as proposições divergentes na arena política dos movimentos feministas e dos movimentos de mulheres.

Uma das principais proposições divergentes à RC seriam “a desconstrução da sinonímia gênero-mulher e mulher mãe”, “ir na contramão da produção de uma atenção à saúde materna prescrita de forma generalizada e uniformizada”, “avançar nos diálogos sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e na desnaturalização da tríade mulher-heterossexual-mãe” (MARTINS et al, 2014, p. 14-15). Além disso, pode-se apontar as exigências de que a ATSM liderasse a formulação de ações no enfrentamento à violência obstétrica, o diálogo acerca do aborto e do enfrentamento à violência sexual, e a construção de medidas para se avançar no enfrentamento à violência doméstica.

A RC foi interpretada como uma estratégia governamental bastante controversa. Para as feministas da Rede Feminista de Saúde, ela significou retrocesso de cerca de trinta anos nas lutas pela emancipação e saúde das mulheres. Em entrevista concedida ao Blog Viomundo, em 05 de abril de 2011, a representante da Rede Feminista, Télia Negrão, afirmou que as expectativas quanto a atuação de uma mulher na presidência do Brasil eram outras. Segundo ela, estavam muito para além da reafirmação da mulher vinculada à maternidade compulsória, e percebida como mulher-barriga/hospedeira. Esperava-se o aprofundamento do debate da liberdade de escolha da maternidade, bem como o da legalização ou descriminalização do aborto.

De acordo Estela Aquino (2014) o movimento feminista luta para a consolidação da posição social das mulheres como sujeito, dotadas de autonomia, bem como para o rompimento com a perspectiva materno-infantilista na saúde. A RC, ao focar na mudança do modelo de atenção obstétrica, representaria “simbólica e materialmente o encolhimento da agenda feminista e de construção do SUS” (id, p. 9). Além de contribuir, segundo a autora, para a retirada do caráter sexual da reprodução, e enfatizar o bebê. Com isso, teria ocorrido uma ruptura dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), a volta do ideário materno-infantilista, enquanto que ficou debilitado o reconhecimento das práticas de aborto inseguro como circunstâncias que provocam óbitos maternos (id, p. 9). No entanto, Rosamaria Giatti Carneiro evidencia a posição favorável à RC, por parte de pesquisadores(as). Segundo eles(elas) essa política pública teria partido do pressuposto da permanência das altas taxas de cesarianas, do excesso de intervenções desnecessárias durante o parto, e da alta expressão da violência obstétrica. Ademais, a apropriação das expressões “parto cidadão” e “violência obstétrica” caracteriza a RC como uma política sensível à realidade (CARNEIRO, 2013, p. 49).

Como fruto de inúmeros embates políticos, a Rede Cegonha foi sendo revisitada, configurando aquilo que consideramos acima como processo de retroalimentação entre implementação e reformulação da política pública. Nesse sentido, em 2015, foi formulada a Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. A Norma Técnica integrou uma das ações do Programa Mulher Viver sem Violência¹¹, lançado em março de 2013, pela Presidência da República, sob coordenação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR), com parceria do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde.

Esse documento teve como fundamento a criação de medidas para responsabilização e o combate à impunidade dos autores de agressão e violência, e a unificação dos procedimentos de acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatite B, comunicação compulsória às autoridades de saúde em até 24 horas, por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial, em todo o território nacional (BRASIL, 2015).

No campo do planejamento reprodutivo, a ampliação do acesso¹² ao Dispositivo Intrauterino (DIU de cobre) no pós-parto ou pós-aborto imediatos figurou como importante

¹¹ O Programa Mulher, Viver sem Violência foi composto por seis estratégias de ação: Casa da Mulher Brasileira, Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira, Campanhas Continuadas de Conscientização, Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e Floresta (BRASIL, 2015).

¹² Ampliação do acesso preconizado na Portaria nº 3.265 de dezembro de 2017.

medida. Isso porque, se por um lado, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2004 a) já tratasse de:

- (i) estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, (ii) garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; (iii) e ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais (id. p. 69).

E por outro lado, mesmo que o Ministério da Saúde já disponibilizasse todo um rol de métodos contraceptivos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) aos estados, Distrito Federal e municípios, de acordo com a programação ascendente vindas dessas localidades, a medida específica apontada acima significou que o DIU passaria a ser disponibilizado diretamente às maternidades do SUS. Com isso, o DIU passaria a ser ofertado diretamente às mulheres, tanto no pós-parto como no pós-abortamento imediatos. E isso possibilitou o acesso em tempo oportuno ao método contraceptivo, evitando gestações não planejadas, e muitas vezes não desejadas.

De outra parte, RC enfocou a importância dos Centros de Parto Normal (CPN's) e da enfermagem, no contexto da mudança do modelo da atenção obstétrica. Embora a assistência ao parto prestada por enfermeiras já fosse autorizada e recomendada pela ABENFO, a Portaria nº 11, de janeiro de 2015, que tratou das novas diretrizes para implantação e habilitação de CPNs, e ampliou a legitimação do espaço profissional da enfermagem, foi formulada no contexto da RC. Houve valorização de profissionais de enfermagem porque o protocolo assistencial do CPN's possibilita o seu funcionamento sem a presença do profissional de medicina. Além do mais, isso, segundo consta, favorece à melhoria de resultados perinatais e a redução de intervenções desnecessárias (Schneck, Riesgo, Diniz, et al; 2012).

Nos últimos anos o Congresso Nacional tem proposto uma série de projetos de lei relacionados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres que refletem a polaridade do cenário político atual. Por um lado, parte deles reforça a luta pela humanização da atenção a mulheres durante o pré-natal e o puerpério, como as políticas de prevenção da violência obstétrica, a retomada da discussão do PL 7633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, o PL 499/2022, que propõe a criação do Dia Nacional de Conscientização pelo Parto Humanizado, Digno e Respeitoso, o avanço na regulamentação da profissão das doulas, dentre outros.

Por outro lado, citamos o Projeto de Lei 277/2019, intitulado Parto Seguro, a Resolução 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Portaria do MS 715/2022 que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha, e a apresentação da Nova Caderneta da Gestante como exemplos de propostas que a fragilizam,

por serem fundamentadas em perspectivas já descartadas pela prática em saúde baseada em evidências. O Projeto Parto Seguro, dentre outras questões, desautoriza o uso do termo “violência obstétrica”, considerado por parte dos profissionais envolvidos como inadequado por ferir a autonomia das mulheres e desconsiderar o sofrimento das vítimas. A Resolução do CFM defendeu a liberdade profissional de recusa da vontade das mulheres no parto diante de um cenário de “risco” ao bebê e foi considerada como abuso de direito. Em relação à RAMI, duas das questões polêmicas são a retomada da centralidade do médico na cena do parto, desautorizando profissionais da Enfermagem Obstétrica e outros, e a apresentação da Nova Caderneta da Gestante, contendo procedimentos contraindicados pela OMS como a manobra de Kristeller, a episiotomia, a recomendação da amamentação como método contraceptivo, dentre outros.

Considerações Finais

Para a pesquisadora da Fiocruz, Estela Aquino (2014), que contribuiu com as análises dos dados da pesquisa Nascir no Brasil, realizada em 2011 em todo o território nacional, as práticas obstétricas não recomendadas, por não apresentam boas evidências científicas, permanecem sendo realizadas no Brasil. Além disso, Aquino evidencia que há divergências entre a assistência obstétrica oferecida no SUS e a ofertada na rede privada. Embora em ambas as esferas essa assistência possa ser caracterizada como tecnocrática, na rede pública ela se caracterizaria, sobretudo, pela baixa articulação entre a atenção pré-natal e o parto, a falta de vagas em hospitais e maternidades, ocasionando a peregrinação das mulheres durante o trabalho de parto, além do uso rotineiro de ocitocina sintética nos hospitais e realização da episiotomia. Nos serviços privados, no entanto, ela se caracteriza pela permanência das cesarianas desnecessárias como procedimento corriqueiro (AQUINO, 2014). Caberia, nesse sentido, a realização de novas pesquisas que dessem conta das práticas realizadas na assistência ao parto e nascimento na atualidade no Brasil, a exemplo do novo inquérito sobre a assistência pré-natal, perdas fetais precoces, parto e nascimento, denominado como pesquisa “Nascir no Brasil II”, que foi iniciado em 2020 e vem sendo coordenado pela Fiocruz. O estudo vai levar em conta a amostra de 25.500 mulheres assistidas em 465 serviços de saúde em todo o Brasil e possibilitará a realização de análises sobre a atenção ao parto e ao nascimento em maternidades públicas e privadas do país. Além disso, também serão abordadas as temáticas da morbimortalidade materna e perinatal, COVID-19 na gestação e transtornos emocionais materno e paterno.

Referências

AQUINO, Estela M. **Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil**: de volta ao futuro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Perspectivas, v. 30, sup: S8-S10, jan. 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Planejamento. Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004 a. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Ministério da Saúde**. Plano Nacional de Saúde. Brasília: Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2004 b.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1).

_____. **Ministério da Saúde**. Portaria GM nº 1.459. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2011.

CARNEIRO, Rosamaria G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública**: programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Brasília: Interface Comunicação, Saúde e Educação, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CORRÊA, Sonia. “**Saúde Reprodutiva**”, gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 39-50.

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

MARTINS, Cleusa; MATTOS, Diego. **Parto domiciliar planejado**. In: AMARAL, W. N. ; VIGGIANO, M.G.; MOREIRA, S. F. Assistência ao Parto Humanizado e neonatal. Goiânia: In: AMARAL, W. N.; Contato Comunicação, p. 86 -97. 2014.

MEYER, Dagmar E. **Direitos Reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva**: Perspectivas e desafios. In: FONSECA, Claudia; TERTO JR, Veriano; ALVES, Caleb F. (Orgs.). Antropologia, diversidade e direitos humanos: Diálogos interdisciplinares. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 87-101. 2004.

RODRIGUEZ Neto E. Saúde: **promessas e limites da Constituição**. In: Rodrigues Neto E, Temporão JG, Escorel S, organizadores. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 122. 2003.

SCAVONE, Lucila & BATISTA, Luís. E. **Pesquisas de Gênero: entre o público e o privado.** Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras Unesp, Laboratório Editorial, 2000.