Segunda parte - Movimentos, raça, gênero e políticas públicas
Capítulo 6 - Feminismos, movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres

Layla Pedreira de Carvalho

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CARVALHO, L.P. Feminismos, movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres. In: LAVALLE, A.G., CARLOS, E., DOWBOR, M., and SZWAKO, J., comps. *Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 285-330. Sociedade e política collection. ISBN: 978-85-7511-479-7.
<https://doi.org/10.7476/9788575114797.0009>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 6

FEMINISMOS, MOVIMENTOS DE MULHERES E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

Layla Pedreira de Carvalho

1. Introdução

O Estado coloca-se de maneira perene no horizonte da mobilização feminista, seja no âmbito dos movimentos sociais, seja nos meios acadêmicos. O questionamento da participação no Estado dada a sua estrutura intrinsecamente patriarcal é um paradoxo que as teóricas políticas feministas constantemente revisitam. Isso é consequência do reconhecimento de que o Estado produz e reproduz desigualdades ao mesmo tempo em que é uma arena de possibilidade de mudança da estrutura de poder nas sociedades. Além disso, a arena da política formal representa o espaço público por excelência, espaço em que as feministas planteiam a presença de mulheres, de suas agendas e histórias. Para as ativistas, o Estado é um ator igualmente paradoxal, na medida em que possui os meios de controle dos corpos e das vidas ao mesmo tempo em que pode atuar na garantia de direitos e de alguns avanços para a agenda dos movimentos de mulheres.

Na perspectiva do movimento feminista no Brasil, a relação com Estado é ainda mais marcante, sobretudo considerando a reestruturação do movimento a partir de 1975. O reconhecimento do papel do Estado e de instituições nacionais e internacionais tem lugar de destaque na reorganização de grupos feministas institucionalizados. O Centro da Mulher Brasileira, por exemplo, foi

criado com apoio das Nações Unidas, em 1975, durante a vigência do regime ditatorial no país. É também ainda durante os anos de exceção, nos estertores da ditadura civil-militar, que alguns dos esforços iniciais de consolidação de políticas públicas para as mulheres são engendrados. Assim, em 1982, há a criação do Conselho da Condição Feminina em São Paulo, com apoio das feministas que atuavam no PMDB, partido que governava o estado no período. Em 1984, é lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde (MS), fruto do trabalho de feministas nas carreiras do MS. Em 1985, como resultado do processo de negociação durante a montagem da campanha de Tancredo Neves, cria-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), primeira instituição de política para mulheres em nível federal. É também na década de 1980 que são criadas as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e que a Assembleia Constituinte de 1986 contempla mudanças importantes no entendimento dos direitos de mulheres e homens na Constituição de 1988.

O objetivo deste capítulo é tratar de um aspecto específico da relação entre Estado e o movimento feminista durante os anos 2000 e como os encaixes socioestatais, as trocas entre as ativistas dos movimentos de mulheres e as equipes do MS atuaram na alteração das políticas para as mulheres durante 2004 e 2011. Fazemos isso por meio da análise das reações de *três* redes do movimento de saúde para as mulheres – a Rede Feminista de Saúde (RFS), a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB) – frente à atuação do Executivo federal em duas políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres elaboradas durante os anos 2000: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Programa Rede Cegonha. Nesse sentido, utilizamos a noção de encaixes socioestatais para responder à seguinte pergunta: Em que medida é a interação entre instituições estatais e

ativistas/grupos organizados que modifica as políticas de saúde do governo federal durante os anos 2000?

Para responder a essa pergunta com base na atuação das redes de ativismo em torno da saúde das mulheres, utilizamos entrevistas, declarações e documentos de líderes de cada uma das redes escolhidas. Essas declarações e documentos foram extraídos dos sites das organizações de que as ativistas são parte e de entrevistas concedidas a veículos de comunicação da mídia digital e convencional. A escolha de tais registros justifica-se pelo fato de que buscamos as reações imediatas das redes às políticas apresentadas, sobretudo durante o ano de 2011, momento em que a política mais controversa – o Rede Cegonha – foi lançada.

As redes de ativismo apresentam, cada uma delas, trajetórias específicas. A RFS e ReHuNa foram criadas no início da década de 1990 por profissionais de saúde e por organizações já envolvidas na defesa dos direitos reprodutivos. São organizações com funcionamento em todos os estados da federação, com pautas diferentes entre si no que tange à especificidade de sua defesa da estrutura das políticas de saúde para as mulheres. Enquanto a RFS possui uma pauta que se baseia na noção de integralidade da abordagem da saúde da mulher, a ReHuNa foca sua atuação na promoção do parto e nascimento humanizados. A AMNB é a mais recente entre as três redes criadas. Foi fundada em 2000, por organizações do movimento de mulheres negras, como preparação para a Conferência de Durban. Sua pauta é a defesa das mulheres negras, pelo fim do racismo, da opressão e das políticas eugenistas.

O texto está organizado em três seções além desta introdução e a conclusão. Na segunda seção, apresentaremos alguns dos debates em torno do papel do Estado na teoria feminista e na abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos. Na terceira seção, apresentaremos as duas redes de saúde das mulheres desde a sua formação na década de 1990 até os desdobramentos recentes de sua atuação política junto ao Estado. Na quarta seção, analisare-

mos as reações das três redes em relação às duas políticas, de forma a entender quais são os interesses e as agendas que estão vigorando na elaboração dos programas em foco.

2. As feministas e o Estado

Grosso modo, podemos abordar a relação entre as feministas e o Estado em dois grandes grupos. O primeiro compreende aquelas que percebem o Estado como um mal, que tende a reproduzir as desigualdades de gênero porque se forma com base em tais desigualdades. O segundo propõe a possibilidade de uma interação possível entre os movimentos organizados de mulheres e o Estado, com reais chances de mudanças do *status* de poder das mulheres por meio da atuação autóctone de feministas nas carreiras do Estado. Neste último grupo, é importante ressaltar que esse debate comumente se confunde com a questão da ‘cooptação’, mas não é esse o destaque que damos à relação entre o Estado e os movimentos sociais. Pensamos nessa relação como a possibilidade de estabelecer canais de diálogo, os quais permitam mudanças nas políticas públicas adotadas pelo Estado. Apresentamos exemplos de cada um deles e em seguida propomos a nossa abordagem em relação às políticas apresentadas.

Catherine Mackinnon, no livro *Toward a Feminist Theory of the State*, defende que a definição feminista de Estado deveria passar necessariamente por um debate sobre a questão da sexualidade, na medida em que o Estado se produz na lógica intrínseca à sexualidade que subordina as mulheres em favor do direito e do desejo dos homens. A consequência disso é que leis específicas, sobre estupro e aborto, por exemplo, explicitam uma *racionale* masculinizada, que tende a proteger privilégios masculinos.

Para além da opressão masculina, considerando as políticas de eugenia e o papel dos Estados nacionais para o desenvolvimento do racismo e de políticas racializadas, o feminismo negro e o femi-

nismo decolonial também ressaltam o caráter o duvidoso da atuação estatal e a necessidade da constante vigilância quanto a ações e políticas desenvolvidas. Nesse sentido, Dorothy Roberts (1997) demonstra o processo de criminalização da gravidez de mulheres negras e do branqueamento das políticas de welfare. Por sua vez, Rita Laura Segato (2012) sugere que os remédios oferecidos pelo Estado são necessários para curar as doenças que a própria existência do Estado cria.

Sonia Alvarez (1990; 1994), ao analisar a relação entre as feministas no Brasil e o Estado no período de redemocratização, apresenta alguns dilemas que marcam a transição entre o posicionamento de um distanciamento completo ao Estado e a apologia ao trabalho das femocratas nas burocracias estatais:

Durante os anos 1980, o Estado passou do que denominei como ‘o pior inimigo das mulheres’ a representar-se como o ‘melhor amigo das mulheres’, apropriando-se de elementos seletivos dos discursos e reivindicações feministas históricas. Ao responder às feministas militantes de partidos de oposição, os governos converteram muitos temas básicos da agenda política feminista em propostas de políticas públicas (Alvarez, 1994, pp. 279-280; tradução livre).¹

Mas à medida que a política de transição se assentava, e o Brasil voltava à “política de costume”, o Estado brasileiro

¹ No original: “Durante los años ochenta, el Estado pasó de ser lo que he denominado ‘el peor enemigo de las mujeres’ a representarse a si mismo como ‘el mejor amigo de las mujeres’ apropiándose de elementos selectivos de los discursos y reivindicaciones feministas históricos. Al responder a las feministas militantes en los partidos de oposición, los gobiernos convirtieron muchos temas básicos de la agenda política feminista en propuestas de políticas públicas. [...]. Pero a medida que se asentaba la política de transición y el Brasil volvía a la ‘política de costumbre’, el Estado brasileño empezó a parecerse cada vez menos al ‘mejor amigo de las mujeres’ y mucho más a un ‘amigo alejado’” (Alvarez, 1994, p. 279-280).

começou a parecer-se cada vez menos ao “melhor amigo das mulheres” e muito mais a um “amigo distanciado” (Alvarez, 1994, pp. 279-280).

Apesar de aproximações e distanciamentos, Alvarez aponta que durante o período de redemocratização, as feministas no Brasil perceberam que o Estado não era um monólito, e que, com a devida intervenção, as políticas públicas podiam ser influenciadas por uma agenda feminista (1990, p. 196). Mala Htun (2001) argumenta no mesmo sentido, ressaltando a importância das alianças conjunturais entre os governos e as ativistas para a aprovação de políticas que reflitam as demandas feministas no contexto da redemocratização em países da América do Sul.²

Ressaltando o caráter construtivo da relação entre os feminismos e o Estado, destacam-se mais recentemente as teóricas do *feminismo de Estado*, uma abordagem conceitual e metodológica (Lovenduski, 2005; Mazur e McBride, 2008) desenvolvida originalmente nos países nórdicos no início da década de 1980.³ A pergunta principal dessas pesquisadoras é: *como e em quais circunstâncias as agências de políticas para as mulheres (APMs) ampliaram o impacto dos movimentos feministas na representação política das mulheres?* (Lovenduski, 2005, p. 5). A representação é considerada tanto no número de mulheres compondo os governos (descritiva) quanto das temáticas tratadas pelas APMS (substantiva).⁴ O feminismo de Estado pode ser então definido como ações estatais promovidas por mulheres burocratas voltadas para a equidade de

² A autora compara a formulação de políticas públicas sobre aborto, divórcio e família durante os períodos ditatoriais e democráticos na Argentina, no Brasil e no Chile na segunda metade do século XX.

³ Desde então foi ampliado por meio de pesquisas individuais e por um projeto de pesquisa desenvolvido entre 1995 e 2012, a Research Network on Gender Politics and the State (RNGS).

⁴ Lovenduski (2005) apresenta a definição de representação feita por Hannah Pitkin para definir as dimensões da representação com as quais as pesquisadoras trabalham nesse projeto sobre o feminismo de Estado.

gênero, de acordo com premissas e princípios do movimento de mulheres e feminista.

Atualmente, o *feminismo de Estado* é um conceito em disputa acerca da relação entre Estados e movimentos sociais (Matos e Paradis, 2013). Particularmente na América Latina, dada a dinâmica particular entre esses dois atores – de maior proximidade e interação –, novas pesquisas têm sido realizadas buscando compreender a dinâmica produzida pela participação de feministas na burocracia estatal, seja por meio de atuação junto às agências de políticas para as mulheres (Fernós, 2010), seja por meio da proposta de políticas públicas em áreas tradicionais da gestão pública por meio da institucionalização dos debates de gênero (Guzmán, 2001), o que foi promovido como *mainstreaming* de gênero desde a Conferência de Beijing, em 1995. O termo *mainstreaming* foi traduzido como transversalização de gênero das políticas públicas no Brasil (Bandeira, 2005).

A transversalização de gênero implicaria a consideração das desigualdades de gênero em todas as áreas da vida social e das políticas públicas, conforme previsto na Declaração e no Plano de Ação de Beijing (Bandeira, 2005; Sardenberg, 2008). Em grande medida está relacionada às práticas de governo, uma vez que, de acordo com Bandeira (2010, p. 5), seu uso “garantiria uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres”.

Na abordagem do feminismo de Estado, o impacto do movimento de mulheres nas políticas é classificado de acordo com a resposta a duas perguntas, que dizem respeito à representação substantiva e descritiva, respectivamente: os objetivos das políticas e dos movimentos de mulheres e feministas coincidem? Há mulheres ou grupos de mulheres envolvidos no processo de elaboração das políticas? Com essas perguntas, as analistas do *feminismo*

de Estado buscam saber se as políticas incorporaram em seus desenhos e prioridades as demandas dos movimentos de mulheres (Mazur e McBride, 2008). Esse modelo conseguiu resultados interessantes para os países que pesquisou, podendo demonstrar que durante períodos de reestruturação de políticas, a presença de APMs significa potenciais fortes de que as políticas adotadas contemplem representação substantiva e descritiva de mulheres.

No entanto, o *feminismo de Estado* apresenta alguns desafios para sua observação em países latino-americanos. Em primeiro lugar, a sua base de definição são países do Norte global, o que traz elementos muito particulares de definição das políticas observadas e dos sistemas políticos em que elas são adotadas: democracias consolidadas e participação histórica da sociedade civil na elaboração das políticas. Por exemplo, na área de saúde, como veremos adiante, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a área técnica de saúde da mulher foram criados durante o período ditatorial, sem interferência dos movimentos feministas ou sem intermediação da sociedade civil, o que impossibilita a resposta às perguntas do modelo. Em segundo lugar, a aplicação do modelo depende da existência de uma APM formal para que se analise a existência de abordagem feminista em determinada política, impossibilitando a aplicação do modelo para arranjos institucionais que fujam à definição mais ampla de relação entre demandas do movimento e o Estado. Finalmente, o modelo foi aplicado para analisar políticas de renovação amplas em setores gerais e não para analisar políticas específicas, como a que pretendemos analisar neste capítulo. Apesar dessas limitações, o modelo de feminismo de Estado apresenta reflexões importantes, que serão incorporadas no modelo de análise que propomos neste capítulo e que serão apresentadas em breve nesta seção.

Mais recentemente, Rebecca Abers e Luciana Tatagiba propõem a análise do *ativismo institucional*, definido para “descrever o que as pessoas fazem quando assumem posições de trabalho nas

burocracias governamentais com o objetivo de avançar as agendas políticas ou projetos dos movimentos sociais” (2014, p. 2; tradução livre).⁵ As autoras analisam a Área Técnica de Saúde da Mulher e a atuação das ativistas que trabalham como burocratas na tentativa de implementação das medidas previstas pelo Rede Cegonha. As autoras ressaltam o silêncio da teoria de movimentos sociais, particularmente a teoria da *contentious politics*, quanto à falta de consideração da presença de ativistas dentro da burocracia estatal. Abers e Tatagiba ressaltam as dificuldades das ativistas em fazer avançar suas agendas dentro da burocracia estatal seja por obstáculos decorrentes da própria atividade burocrática – como os prazos e os ritos – seja pela dificuldade que os temas por elas tratados suscitam, o que impede que resultados de curto prazo sejam percebidos.

Ao adotar os conceitos de *encaixes socioestatais e institucionalização intermediária* nos é possível lidar com as diferentes abordagens da relação entre Estado e movimentos de mulheres. Diante do apanhado que fizemos, pudemos perceber que diferentemente do que propõe o modelo de *feminismo de Estado*, por exemplo, nem sempre há participação formal de ativistas nas APMs, porque muitas vezes as APMs não existem e o que se tem são alianças ou confrontações conjecturais para a elaboração ou modificação de políticas propostas. Também, como argumenta Alvarez (1994), quando as APMs existem, elas podem ser reorientadas e distanciar-se das demandas do movimento de mulheres e feminista, como aconteceu em São Paulo durante o governo Orestes Quêrcia, no final da década de 1980.

Dessa forma, adotamos os encaixes socioestatais como configurações de interação entre burocratas e a estrutura gover-

⁵ No original: “We use the term institutional activism to describe what people are doing when they take jobs in government bureaucracies with the purpose of advancing the political agendas or projects proposed by social movements” (Abers e Tatagiba, 2014, p. 2).

namental com ativistas, destacando a atuação dos movimentos de mulheres e feministas nas políticas de saúde. Tais encaixes funcionam tanto no que diz respeito à presença das ativistas dentro do Estado, atuando como burocratas no desenho de políticas públicas (perspectiva horizontal) quanto no encontro entre esferas políticas de atuação (perspectiva vertical), em que os movimentos e organizações da sociedade civil têm o Estado como alvo de suas demandas e críticas. Assim, os encaixes são entendidos como espaços de atuação de ativistas dentro e fora do corpo estatal, tendo como ênfase a produção de resultados na atuação do Estado, seja pela construção de instrumentos de políticas, seja voltando-se a uma lógica de conflito e cooperação superpostas, expressa via críticas e proposição de alteração incremental de políticas tidas como retrógradas, por exemplo.

Na perspectiva horizontal, a presença das ativistas nas carreiras do Estado é voltada para a construção e inclusão da perspectiva de gênero ou, mais amplamente, de demandas dos movimentos de mulheres e feministas nas políticas públicas, e tem caráter instrumental, de conformação de *instrumentos de políticas públicas*. Essa interação provoca alterações de duplo sentido (Diniz, 2012). Por um lado, tende a produzir alterações nas políticas públicas, aproximando-as das demandas do grupo que compõem a área em que a política é elaborada. Por outro, altera a atuação dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil dentro do Estado de diferentes maneiras: de uma crítica sistemática e apego a determinadas demandas que podem levar ao ostracismo do grupo a uma atuação que tenda a buscar modificações na política proposta, independentemente da avaliação inicial da política, pelo local institucional que as ativistas possuem dentro do Estado. Com base nesta última dinâmica, uma política entendida inicialmente como ruim pelas ativistas pode ser reinterpretada sem que se mudem as principais características de tal política, na medida em que as

ativistas também precisam legitimar o trabalho que têm feito dentro do MS ou das áreas da política formal de que são parte.

Na alimetria dos encaixes, a perspectiva vertical da interação sócio-estatal, focada nos *domínios de agência*, também é parte da interação entre os movimentos feministas e de mulheres com o Ministério da Saúde. No caso que analisamos neste capítulo, a atuação separada e em níveis diferentes entre as ativistas e o Estado no que tange às políticas de saúde acontece no momento em que críticas precisam ser endereçadas de maneira mais enfática às políticas enunciadas pelo MS. Ao abdicar da lógica horizontal engendrada por meio do processo de construção dos instrumentos de políticas públicas e assumir a hierarquia de Estado e impor uma política pública sem prévia negociação, o MS provoca as ativistas a retornarem à posição de conflito e apontarem as falhas das políticas propostas – deixando explícitas as diferentes áreas de atuação do movimento e do Estado.⁶

3. Três redes discutindo as políticas de saúde para as mulheres

A RFS e a ReHuNa, voltadas para a promoção e defesa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, são fundadas no início da década de 1990. Elas nascem no esteio da abertura democrática, unindo militantes em torno das demandas das mulheres e englobando organizações já ativas na defesa de políticas de saúde para as mulheres. Essas redes apresentam muitas semelhanças entre si, sobretudo quanto à organização, formas de atuação e filiação, mas as diferenças na abordagem das políticas de saúde tornam-se fun-

⁶ Importante ressaltar que não necessariamente a relação vertical dos encaixes implica conflito na medida em que as organizações da sociedade civil podem, dentro de sua área de atuação, cooperar com o Estado, por exemplo, no processo de implementação de políticas públicas em escala local. Exemplo desse tipo de cooperação na formação de profissionais de saúde dentro dos programas de humanização que é feito por organizações de mulheres.

damentais para entender as dinâmicas recentes entre as redes e as políticas federais de saúde para as mulheres. Exatamente no ano 2000 é criada a AMNB. Sua criação tinha como objetivo garantir a preparação e a presença das organizações de mulheres negras na III Conferência Mundial contra o racismo, xenofobia e intolerâncias correlatas (Geledés, 2014), que aconteceu em Durban, em 2001.

A RFS é uma associação civil sem fins econômicos, criada em agosto de 1991, no contexto do Seminário Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, promovido em Itapeverica da Serra (SP), pelo SOS Corpo – Gênero e Cidadania, de Recife (PE), e pelo Coletivo Feminista Sexualidade, de São Paulo (SP).⁷ Em seu sítio institucional, a RFS define-se como “uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo”.⁸ A associação de grupos e organizações à RFS é de dois tipos: efetiva (grupos da sociedade civil) ou colaboradora (conselhos estaduais de direitos da mulher).⁹ Ela é composta atualmente por mais de 260 grupos associados, distribuídos em 12 regionais,¹⁰ as quais englobam capitais das cinco Grandes Regiões do Brasil.

Os órgãos da RFS são a Assembleia Geral, o Colegiado, o Conselho Diretor, a Secretaria Executiva, as Regionais Estaduais e o Conselho Fiscal. Todos os cargos desses órgãos são ocupados por mulheres. A coordenação da RFS é composta pelo colegia-

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

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

⁹ A associação efetiva, além de estar aberta apenas para organizações da sociedade civil, implica direito de votar e ser votada durante as assembleias e reuniões da RFS. A associação colaboradora, composta por conselhos estaduais de direitos das mulheres, tem em comum direitos e deveres com as associadas efetivas, mas não possui direito a voto ou de ser votada. Ambos os tipos de associação dependem que as organizações concordem com os princípios e políticas da RFS e de forma expressa comprometam-se a não defender posições contrárias àquelas defendidas pela RFS.

¹⁰ As regionais são: Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Goiás, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal.

do do Conselho Diretor e da Secretaria Executiva. O Conselho Diretor, de caráter eletivo, tem função de acompanhar/aprovar as ações adotadas pela Secretaria Executiva. A Secretaria Executiva, que também é um cargo eletivo, tem como função definir planos de trabalho da RFS, preparar encontros do Colegiado e da Assembleia Geral e representar a RFS judicialmente. Até 2015, a secretária-executiva da RFS era Clair Castilhos, membro da Associação Casa da Mulher Catarina.

A RFS atua por meio de “*advocacy* e controle social”, em diversas instâncias políticas nacionais. São exemplos dessa atuação a presença da RFS na coordenação da Comissão Inter-setorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e na Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA/Brasil.¹¹ Os princípios da ação RFS, conforme definido em seu Estatuto Social, aprovado em maio de 2006, são:

[o] *fortalecimento dos movimentos feminista e de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional*, em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; [o] *reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos*; [o] reconhecimento da *violência sexual, racial e doméstica* como violações dos direitos humanos; [a] defesa da implantação e da implementação de *ações integrais de saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde*; [e a] *legalização do aborto*, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito (Estatuto Social da RFS; destaques nossos).

¹¹ Disponível em: <<http://redesaude.org.br/home/institucional.php>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

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

I – Discutir e difundir questões relativas à saúde das mulheres e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, sob uma *perspectiva feminista*;

II – Influenciar a sociedade brasileira, a sociedade civil e os movimentos sociais para a *defesa da equidade de gênero e os direitos humanos das mulheres*;

III – Influenciar na formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas no País (RFS, 2006; destaques nossos).

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

A ReHuNa, associação civil sem fins lucrativos, foi criada em 1993, em uma reunião de 34 pessoas – profissionais de saúde, servidores públicos (Prefeitura de Campinas) e ativistas do movimento pela humanização do parto (Redeh – RJ, Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova – RJ, Grupo Curumim – PE e Grupo de Parto Alternativo Unicamp – SP) e do movimento feminista (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – SP) na Chácara Catalina, em Campinas (ReHuNa, 1993). Tal reunião foi organizada por pessoas interessadas na promoção da ideia de parto humanizado, de aproximação do nascer à natureza, da crítica à abordagem técnica e à medicalização no momento do nascimento, com base os princí-

pios defendidos por Michel Odent¹² (Tornquist, 2002, 2004). De acordo com o site institucional do ReHuNa, o

objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado ‘humanização do parto/nascimento’. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico (ReHuNa, s.d.).¹³

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

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

¹² Michel Odent é reconhecido por membros da ReHuNa como um dos autores centrais no ideário do parto humanizado (Tornquist, 2004, p. 151).

¹³ Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

Diferentemente da RFS, que trata de diferentes aspectos da saúde das mulheres, a ReHuNa possui um foco específico na temática do parto e do tipo de parto ideal a ser realizado. Assim, as principais campanhas e temas tratados pela ReHuNa são a difusão de informações sobre a atenção à mulher e ao bebê na gestação e no parto (Rattner, 2010, p. 218), a promoção da humanização do parto por meio de palestras e exibição de filmes, a defesa da necessidade de atenção ao óbito fetal e materno, a definição do trabalho das doulas, a formação dessas profissionais e a defesa da atuação das parteiras, a defesa do direito da mulher à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e no parto,¹⁴ a defesa da construção e legalização de casas de partos e o combate à episiotomia de rotina.¹⁵

A relação entre a ReHuNa e o feminismo é menos clara que a da RFS. Enquanto esta cita o feminismo e a equidade de gênero no estatuto social, em seus princípios, objetivos e no próprio nome, a aproximação daquela é menos institucional, fazendo-se por meio das falas de algumas *rehunidas*¹⁶ na sua abordagem sobre a humanização do parto. Nos documentos oficiais da ReHuNa a que tivemos acesso, a menção a esses temas aparece mais na “Carta de Fortaleza” (2000). Nessa Carta estão presentes denúncias sobre violência institucional no momento do parto e a defesa da garantia de direitos sexuais e reprodutivos para mulheres e homens, bem como da necessidade de entendimento “[d]as questões de gênero, socioculturais e econômicas que permearam a construção dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento que conhe-

¹⁴ O trabalho da ReHuNa junto ao Senado, por meio das articulações criadas com a senadora Ideli Salvati pelo ReHuNa-SC quando era ainda deputada estadual. Em 2005, a lei n. 11.108 foi aprovada, garantindo portanto a presença de acompanhantes em todos os partos no SUS.

¹⁵ A episiotomia é o corte feito entre a vagina e o ânus da parturiente. É uma das intervenções médicas consideradas violentas, na medida em que é geralmente desnecessária e gera dificuldades para a recuperação da mulher no pós-parto.

¹⁶ As *rehunidas* são as ativistas da ReHuNa, conforme conceito nativo da organização.

ceiros” (ReHuNa, 2000). No entanto, há passagens na “Carta de Fortaleza” que reiteram algumas das hierarquias de gênero muito questionadas pelas feministas, como as apresentadas no excerto abaixo, em que as flexões de gênero restringem o trabalho das mulheres às áreas de menor prestígio nos saberes médicos:

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

A fala de Simone Diniz, em entrevista,¹⁷ joga luz sobre a separação entre a ReHuNa e o feminismo:

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

Assim, podemos pensar que a premissa dos membros da ReHuNa quanto ao feminismo é que ele é a base da concepção da proposta de humanização do parto. Nesse sentido, a ReHuNa ressalta o protagonismo das mulheres, derivado de uma condição fisiológica, no momento do parto – são as mulheres aquelas quem deve decidir onde, de que forma e com quem farão o parto – e aponta a intervenção obstétrica como uma forma de controle e violência contra as parturientes (Leite, 2010).

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

A AMNB foi criada em 2000, com o objetivo de organizar e preparar os grupos de mulheres negras para a Conferência de Durban, em 2001. De acordo com o documento *Mulheres negras na primeira pessoa*, a missão da AMNB é:

Promover a ação política articulada de organizações não governamentais de mulheres negras brasileiras, realizando enfrentamento ao racismo, ao sexismo, à opressão de classe, à lesbofobia e a todas as formas de discriminação, a fim de contribuir para a transformação das relações de poder existentes no Brasil (Werneck, Iraci e Cruz, 2012, p. 9).

A AMNB é composta por 27 grupos¹⁸ de mulheres e feministas de 16 unidades federativas. Considerando a luta das mulheres negras, a AMNB traz novos termos para o debate sobre organização de mulheres e busca de políticas públicas: os conceitos de resistência e ancestralidade, e a combinação deles, a resistência ancestral, vinculada às lutas contra a coisificação do corpo das mulheres negras (Werneck, Iraci e Cruz, 2012, p. 11). Além

¹⁸ Os grupos vinculados à AMNB em abril de 2016 são: Centro de Estudos e Defesa do Negro do Pará – Cedenpa (PA); Instituto de Mulheres Negras do Mato Grosso – Imune (MS); Coordenação Nacional das Mulheres – Conaq (MG); Nzinga – Coletivo de Mulheres Negras de Belo Horizonte (MG); Odara – Instituto da Mulher Negra (BA); Grupo de Mulheres Negras Mãe Andressa (BA); Maria Mulher – organização de mulheres negras (RS); Acmun – Associação Cultural de Mulheres Negras (RS); Criola – organização de mulheres negras (RJ); Caces – Centro de Atividades Culturais, Econômicas e Sociais (RJ); Imena – Instituto de Mulheres Negras do Amapá (AP); Associação de Mulheres Mãe Venina do Quilombo do Curiaú (AP); Inegra – Instituto Negra do Ceará (CE); Irohin (DF); Pretas Candangas – Coletivo de mulheres negras do DF (DF); Centro de Referência Negra Lélia Gonzalez (GO); Grupo de Mulheres Negras Malunga (GO); Bamidele (PB); Rede de Mulheres Negras do Paraná (PR); Observatório Negro (PE); Uiala Mukaji – Sociedade das Mulheres Negras de Pernambuco (PE); Kilombo – Organização Negra do RN (RN); Casa da Mulher Catarina (SC); Instituto Amma Psique e Negritude (SP); Aláafia – Programa de Educação, Cultura e Cidadania (SP); Geledés – Instituto da Mulher Negra (SP); e Casa Laudelina de Campos Melo (SP).

disso, reitera a importância do racismo como obstáculo ao acesso às políticas públicas. Considerando o destaque que a AMNB dá à violência sexista e à superação do sexismo, bem como as publicações na página de Facebook da associação, apesar de não haver uso explícito do termo feminismo em suas publicações podemos afirmar que ela seria considerada uma organização feminista em defesa dos direitos das mulheres negras.

A questão da saúde da mulher negra é um dos temas com que as organizações que compõem a AMNB lidam. Entre as principais demandas e agendas que essas organizações propõem para a saúde da mulher, destaca-se que “o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos [sexuais e reprodutivos]” (Lopes e Werneck, s.d., p. 11), a violência institucional decorrente do racismo e que submete as mulheres negras a maiores riscos de morte e de morbidade, “atuação direta na formulação de estratégias e no desenvolvimento de ações de *advocacy* em políticas públicas, em especial aquelas de interesse das mulheres negras” (Werneck, 2010, p. 2). Outro ponto que é uma das preocupações dos grupos participantes da AMNB é a eugenia e os processos e políticas existentes para fazer desaparecer as marcas de negritude dos corpos ou para matar, desqualificar e exterminar corpos negros.

Do ponto de vista institucional, a AMNB possui eleição para o cargo de secretária-executiva. Dado que é uma associação/rede mais recente que as outras duas que estamos analisando, a AMNB ainda não está formalizada como entidade ou organização da sociedade civil, não tendo um estatuto com a definição de seu funcionamento. A eleição para o cargo de secretária-executiva tem validade de três anos e com esta função, a organização que a mantém representa a AMNB nos eventos e reuniões em que ela deve estar presente, como as reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Entre 2012 e 2015 a secretaria executiva foi exercida por Jurema Werneck, da ONG Criola, do Rio de Janeiro.

No Quadro abaixo apresentamos de maneira esquemática algumas referências de criação e militância das redes de ativismo apresentadas nesta seção:

Quadro 1: Resumo de características das três redes de ativismo tratadas no capítulo

Rede	Ano e local de criação	Setores sociais envolvidos na criação	Principais demandas de saúde	Outras demandas
Rede Nacional Feminista de Direitos Sexuais e Reprodutivos (RFS)	1991 São Paulo	Movimento feminista	Estabelecimento de ações integrais de atenção à saúde da mulher	Promoção da luta feminista e antirracista
Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)	1993 São Paulo	Profissionais de saúde, ativistas pela humanização do parto, movimento feminista	Humanização do parto e aproximação à natureza	Fim da medicalização durante o parto/nascimento e da violência obstétrica
Articulação de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB)	2001 São Paulo	Movimento feminista negro	Combate ao racismo e à violência institucional no atendimento à saúde	Atenção à eugenia presente nas políticas públicas

Fontes: Documentos das redes de ativismo. Elaboração da autora.

Neste ponto surge uma questão importante a ser problematizada: essas redes trabalham juntas na articulação de demandas de políticas de saúde para as mulheres?

É possível perceber que há distância da abordagem temática da saúde das mulheres entre as redes – uma mais voltada para a questão da saúde integral, a outra para o debate sobre o parto e a maternidade e a terceira voltada para o debate sobre a relação entre a questão racial e o acesso à saúde; duas declaradamente feministas e outra com aproximações pontuais à agenda feminista. Apesar disso, há sobreposição das pessoas e organizações que delas participam – como é o caso de Simone Diniz e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, no caso da RFS e da ReHuNa; e da Casa da Mulher Catarina, no caso da AMNB e da RFS. As dinâmicas de *múltiplas filiações* de ativistas nas redes de saúde pre-

cisam ser investigadas mais a fundo para que se compreenda de maneira integral de que forma a participação simultânea em diferentes organizações contribui seja para as ativistas, seja para as redes e as suas causas. O conceito de *múltiplas filiações* (*multiple affiliations*) é discutido amplamente por Ann Mische (2008) para as dinâmicas das redes de ativismo juvenil entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990. A autora ressalta que esse processo auxilia o fortalecimento tanto de causas como dos movimentos nos quais ativistas com múltiplas vinculações atuam ao mesmo tempo. Isso acontece na medida em que essas pessoas, por um lado, podem provocar tensões sobre a atuação das instituições nas quais estão – podendo, em última instância, causar paralisia decisória – e, por outro, permitem que inovações e a comunicação entre diferentes setores fluam mais rapidamente, facilitando a mobilização em torno de determinados pontos da causa nas quais militam.

Para além da questão da sobreposição, há ações em que as redes atuam como parceiras, como é o caso da publicação do dossiê “Humanização do parto”, de 2002. O dossiê foi escrito e organizado por ativistas da RFS e da ReHuNa,¹⁹ mas foi patrocinado e publicado apenas pela RFS. Nele, a definição da humanização do parto relaciona luta feminista e maternidade:

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

¹⁹ Simone Grilo Diniz (RFS e ReHuNa), Alessandra Chacham (RFS) e Daphne Rattner (ReHuNa).

Apesar de concordarem no tema da humanização, as reações das redes, especificamente ao Rede Cegonha, são antagônicas. Essa dinâmica demonstra que seria necessário um aprofundamento da análise quanto à composição das redes, as tensões internas sobre as agendas dos grupos que delas participam e as razões da adesão dos grupos a ambas as redes, bem como o funcionamento das redes na intermediação e resolução de conflitos internos, assunto para um novo capítulo sobre a organização do movimento de mulheres sobre saúde.

4. Paradigmas das políticas de saúde, ativismo e encaixes socio-estatais.

A gente que faz política tem de denunciar. Cada vez que eles cometerem equívocos gigantes, como o decreto da Rede Cegonha e a MP 557, só temos uma alternativa: lutar (Werneck, 2012, s.p.).

As políticas de saúde para as mulheres no quartel final do século XX podem ser classificadas em dois paradigmas. Primeiramente, de 1975 até 1983, temos o paradigma da saúde materno-infantil, cuja ênfase volta-se aos cuidados da mulher gestante e em que “não existe a mulher, só existe ‘barrigão’” (Vilela, 2002, p. 87). Segue-se a esse paradigma, entre 1983 e 2007, o paradigma da saúde da mulher, em que a ênfase da política de saúde é a integralidade das ações da política, voltada para as principais causas de morbimortalidade, contemplando a abordagem de planejamento familiar, câncer e DSTs/Aids. Dada a possibilidade de propostas interseccionais de políticas de saúde e a consideração das determinações socioeconômicas para a existência de saúde e doença, o paradigma de atenção integral à saúde das mulheres representa o paradigma de saúde ao qual nos subscrevemos normativamente.

Acreditamos que o paradigma materno-infantil representa foco específico na política de saúde que exclui de suas preocupações mulheres e eventos da vida sexual e reprodutiva das mulheres que não podem ser relegadas a um papel inferior nas políticas de saúde coletiva. Abaixo, traçamos um breve histórico das políticas desenhadas para as mulheres, de forma a demonstrar a mudança entre esses paradigmas durante o século XX.

Exemplar do primeiro paradigma é o Programa Materno-Infantil (PMI), lançado em 1975, que consagrava a abordagem tradicional e gineco-obstétrica de tratamento da saúde da mulher, como podemos observar na justificativa do programa: “Tomando como base o processo biológico de formação, crescimento e desenvolvimento do ser humano, são consideradas prioritárias, na *política de saúde materno-infantil, a mulher no decurso da gestação, parto e puerpério e a criança menor de 5 anos*, para as ações integradas de saúde” (Brasil, 1975, p. 60; destaques nossos). À época, o objetivo explícito do programa era reduzir a morbimortalidade do grupo materno-infantil. O programa era composto por 12 subáreas, das quais nove (75%) estavam voltadas para atenção à gravidez, ao parto ou à criança, evidenciando as razões pelas quais o programa foi criticado por se restringir a uma fase muito específica da vida de algumas mulheres. A única subárea voltada para o atendimento de saúde para além da gravidez e do parto é a de “Doenças ginecológicas, incluindo as venéreas e o câncer”, que apresenta a descrição mais breve: “Diagnóstico precoce e tratamento” (p. 61). A responsável pela implementação do PMI era a doutora Dalva Coutinho Sayeg, que recebeu o apoio da Legião Brasileira de Assistência (LBA), da Fundação Cesp; da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Organização Pan-Americana de Saúde e da Fundação Kellog para a implementação da política (Brasil, 2011b, p. 19). Não há registro da presença de feministas entre a equipe da doutora Sayeg e, em mensagem deixada em entrevista realizada pelo Ministério da Saúde em 2009, a médica ressalta a importância do

cuidado com as crianças para o desenvolvimento do país,²⁰ não havendo menção seja ao papel das mulheres, seja a uma abordagem integral da saúde.

Durante os anos 1980, as práticas de organizações como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) e o International Planned Parenthood Federation (IPPF) serão amplamente criticadas pelas feministas no mundo e no Brasil.²¹ Em razão dessas denúncias, em 1983, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito, em que o Executivo foi instado a explicar a presença e atuação de grupos estrangeiros e prever ações para suspender as práticas irregulares. É durante uma das sessões da CPI que o Ministro da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como forma de resposta à pressão da sociedade civil e dos parlamentares.

O PAISM inaugura o segundo paradigma de abordagem das políticas de saúde ao tratar da saúde da mulher e não mais da saúde materno-infantil. Ele está dividido em três subáreas, das quais duas estão voltadas para os cuidados da mãe do conceito, e a primeira, a de assistência clínico-ginecológica, tem entre suas prioridades a “*orientação sobre planejamento familiar*” (Brasil, 1985, p. 19, destaques nossos). A previsão do planejamento familiar como questão de saúde é uma das principais novidades do PAISM, inaugurando uma tendência que só no final dos anos 1980 seria consagrada internacionalmente como “direitos reprodutivos”. Apesar dos avanços previstos pelo PAISM, a implementação da política encontrou dificuldades, sobretudo quanto ao acesso ao tratamento integral e à orientação do planejamento familiar (Osis, 1998; Costa, 2009).

²⁰ “Cuidar da criança é dever de todos para que se possa ter uma população com cidadãos que vai dar continuidade ao desenvolvimento do país” (Sayeg *apud* Brasil, 2011b, p. 19).

²¹ Sobretudo em razão da compulsoriedade das laqueaduras realizadas, da desinformação das mulheres atendidas e da distribuição indiscriminada de contraceptivos orais.

Entre as responsáveis pelo desenho do PAISM destaca-se o trabalho da médica sanitaria Ana Maria Costa e da socióloga Maria da Graça Ohana. Apesar de no período em que desenharam o PAISM não integrarem grupos feministas,²² ambas se identificam como feministas, tendo como objetivo promover a alteração das políticas de saúde para atender a todos os momentos do ciclo de vida das mulheres, não apenas durante a gravidez e o puerpério. O processo de elaboração do PAISM deve ser ressaltado também como um processo de criação de um instrumento de política. Isso se dá à medida que a ideia de integralidade das políticas de saúde e da observação das mulheres como seres complexos, com diferentes demandas para além da maternidade, passa a ser um elemento básico de qualquer política que venha a abordar os corpos das mulheres. Como veremos a seguir, a falta de uma abordagem integral às questões de saúde das mulheres é uma das críticas endereçadas às políticas mais recentes voltadas para a saúde das mulheres.

Durante os anos 2000, foco deste capítulo, temos ambos os paradigmas vigorando nas políticas de saúde para as mulheres. Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cuja vigência prevista era de 2004 a 2007. Ela retoma princípios do PAISM e pode ser localizada dentro do *paradigma de saúde da mulher*. De acordo com o documento de princípios e diretrizes da política, ela foi formulada com a participação ampla da sociedade civil – movimentos de mulheres e a SPM (Brasil, 2004b, p.5) – e destaca a preocupação das políticas de saúde como políticas de defesa e promoção dos direitos humanos, particularmente dos direitos sexuais e reprodutivos. Na apresentação da PNAISM destaca-se a amplitude das questões que a política pretende trabalhar, como é possível perceber no excerto abaixo:

²² Ana Maria Costa é uma das fundadoras da RFS e foi secretária-executiva da RFS.

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

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

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

[a] mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa

faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (Brasil, 2004b, p. 26).

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

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

O Pacto está previsto entre as diretrizes da PNAISM e também foi lançado em 2004, reiterando elementos já existentes na Política, como é o caso da necessidade de humanização e qualidade no atendimento e as especificidades do tratamento da saúde das mulheres negras e indígenas. Emblemática da forma como o Pacto aborda a saúde da mulher no documento é a frase: “O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde

as políticas públicas para *atenção integral à saúde da mulher e da criança*” (Brasil, 2004a, p. 3, destaques nossos).

Durante o governo Dilma Roussef, a principal política de atenção à saúde das mulheres foi a Rede Cegonha. Ela foi instituída em 2011 por meio do decreto n. 1.459 do Ministério da Saúde e é caracterizada como:

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

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

A Rede Cegonha possui três objetivos: “fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança”; “organizar a Rede de Atenção à *Saúde Materna e Infantil*”; e “reduzir a mortalidade materna e infantil” (Brasil, 2011a; destaques nossos). Apesar da expressão “saúde da mulher e da criança” no texto da política, destacamos o uso do termo “saúde materna”, que é reiteradamente utilizado nessa portaria e outros documentos de implementação da Rede Cegonha. Assim como o PMI, da década de 1970, a Rede Cegonha é exemplo do paradigma de saúde materno-infantil e repete a especialização do cuidado em uma fase da vida de algumas mulheres.

Tendo em vista a descentralização implicada nas políticas de saúde, a Rede Cegonha possui cinco fases operacionais: (i) adesão e diagnóstico – com apresentação do programa a estados e municípios, bem como a montagem de um cronograma de implementação; (ii) desenho regional da Rede Cegonha – desenho

de mapas e fluxos da atenção à saúde materna e infantil na Região de Saúde, momento em que há a previsão de participação da sociedade civil; (iii) contratualização dos pontos de atenção – desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal, com a elaboração de Plano de Ação Municipal e constituição do Fórum Municipal da Rede Cegonha; (iv) qualificação dos componentes – verificação da atuação de cada um dos componentes da rede por meio do acompanhamento das metas definidas nos planos de ação estaduais e municipais; e (v) certificação dos municípios e da rede de cuidado.

Os parâmetros de qualidade do atendimento da Rede Cegonha baseiam-se nas normas técnicas da OMS, publicadas em 1985. Tais normas estão divididas em quatro categorias de acordo com sua utilidade para o momento do parto, com base em “evidências científicas”. Dessa forma, há desde “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”²³ a “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado” (Brasil, s.d., p. 24). Nesta última categoria encontram-se o parto operatório; o uso de peridurais, de máscaras e aventais e os exames vaginais repetidos no momento do parto.

Os centros de parto normal (CPN) e as casas de gestante, bebê e puérpera (CGB), são parte importante do programa. Os primeiros são responsáveis pelo atendimento das mulheres com gravidez considerada de baixo risco ou normal, em que se dispensa a atuação de médicas obstetras e ressaltam-se os valores vinculados à humanização do parto, como a presença de acompanhantes e a liberdade da escolha da posição para parir. Os CPNs foram criados em 1999 e desde então têm sido fortemente defendidos por grupos

²³ São exemplos de práticas a serem estimuladas: a privacidade da mulher no momento do parto, Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno (Brasil, s.d., p. 25).

de mulheres que defendem a humanização do parto e igualmente combatidos por associações médicas que tentam desqualificá-los como locais seguros de atendimento às gestantes pela ausência de médicos e de recursos técnicos para evoluções problemáticas dos partos. As CGBs são voltadas ao atendimento de mulheres com gravidez de alto risco para a mulher ou para a criança, que demandam atenção diária e cuidados médicos ostensivos. A separação entre as CPNs e as CGBs ao criar a noção de diferentes níveis de atenção às gestantes, a depender das condições fisiológicas das parturientes, e de relativizar a necessidade da atenção médica é também um exemplo da criação de instrumento de políticas públicas. As parturientes deixam de ser consideradas como uma categoria única a quem deve ser endereçada uma solução padronizada pelo Estado, de intervenção médica, e passam a ser entendidas dentro da complexidade de situações de saúde. Com isso, a política de parto e nascimento é alterada, permitindo a redução da intervenção médica e técnica no corpo das mulheres e ressaltando a importância da autonomia decisória no momento do parto.

A elaboração do manual de implementação da Rede Cegonha contou com a parceria da ReHuNa (Brasil, s.d., p. 4). Entre as novidades apresentadas pelo manual, há a previsão de reformas dos espaços de preparação para o pré-parto, o parto e o pós-parto e de distribuição de *kits* de atendimento para as parteiras. O destaque para a necessidade de privacidade em todos os momentos próximos ao parto, apesar de não ser uma das bandeiras explícitas de mobilização da ReHuNa, é parte da abordagem de humanização do parto. Podemos afirmar que há nessa necessidade de uma abordagem específica de classe que privilegia o privado ou o coletivo encerrado no grupo familiar em detrimento dos espaços coletivos públicos existentes nas salas partilhadas de preparação para o parto, comuns no atendimento gineco-obstétrico não apenas no SUS, mas em diferentes sistemas de saúde. Em geral, as salas compartilhadas de pré e pós-parto são entendidas como

espaços para formação de laços de apoio e solidariedade e de troca de informação entre as mulheres que serão mães. As salas privadas, que ressaltam a individualidade das mulheres e ressaltam o papel desempenhado pela família como suporte da gravidez, falham em perceber que muitas mulheres estão sozinhas no momento do parto, o que reitera a particularidade das mulheres abordadas pelo programa Rede Cegonha.

Outra iniciativa para a saúde da mulher durante o ano de 2011 foi a elaboração da MP 557, que criava Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna. Esse sistema visava a cadastrar gestantes, puérperas e nascituros com o objetivo de “garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à saúde materna, notadamente nas gestações de risco” (Brasil, 2011a). A MP 557/2011, entre outras coisas, previa o fornecimento de auxílio financeiro para as mulheres garantirem sua ida à maternidade no dia do parto e exigia que prestadores de saúde públicos e privados incluíssem “relação de gestantes e puérperas de risco atendidas nos serviços de saúde, seu diagnóstico e o projeto terapêutico definido e executado” no Sistema (*idem, ibidem*) e relatassem no mesmo Sistema “a ocorrência de óbitos de mulheres gestantes ou puérperas, com informações sobre a investigação das causas do óbito e das medidas a serem tomadas para evitar novas ocorrências” (*idem, ibidem*). A MP 557/2011 é parte das mudanças da abordagem de saúde da mulher dentro do paradigma de saúde materno-infantil.

Quadro 2: Resumo de características das políticas de saúde para as mulheres dos anos 2000

	PNAISM	Rede Cegonha
Criação e vigência	2004 -2007/ 2007- 2009	A partir de 2011
Participação da sociedade civilno desenho da política	Sim	Não
Ênfase da política	Integralidade de atenção à saúde	Mortalidade materna
Interseccionalidade de raça	Sim	Não
Orientação sexual	Presente	Ausente
Identidade de gênero	Ausente	Ausente
Ambiência	Ausente	Presente
Paradigma de saúde	Saúde da Mulher	Materno-Infantil

Fonte: Documentos das políticas. Elaboração da autora.

As duas políticas de saúde da mulher dos anos 2000 foram recebidas pelo movimento de mulheres de forma diferenciada. Nossa atenção estará particularmente voltada ao Rede Cegonha, na medida em que as reações a esse programa foram antagônicas.

Quadro 3: Avaliação das redes em relação as políticas de saúde para as mulheres nos anos 2000

	PNAISM	Rede Cegonha
RFS	Positiva	Negativa
ReHuNa	Positiva	Positiva
AMNB	Positiva	Negativa

Fonte: Entrevistas com ativistas das redes. Elaboração da autora.

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

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

Para as organizações de mulheres negras, na voz de Fátima Oliveira (2011), a PNAISM representa um momento em que “as forças políticas da atenção integral à saúde da mulher tiveram voz e vez”, reiterando o caráter participativo da elaboração da PNAISM e a articulação dos grupos e movimentos de mulheres.

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

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

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

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

Jurema Werneck, secretária-executiva da AMNB, ressalta que a adoção do Rede Cegonha e da MP 557/2011 “não resolve[m] a questão da morte materna, atropela[m] arrogante e explicitamente os sujeitos sociais e princípios fundamentais” (Werneck,

2012), reiterando a importância de que o governo fale com as mulheres e com os movimentos sociais para entender o que precisa ser tratado no momento em que se fazem políticas de atenção à saúde. Sobre os erros de concepção do Rede Cegonha e a necessidade de participação da sociedade civil, Werneck ressalta:

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

Quanto à participação da CNBB, Negrão ressalta o seu estranhamento em relação à presença da instituição. Em entrevista, Fátima Oliveira (2011) afirma que “O Ministério da Saúde ao retomar o conceito de saúde materno-infantil adoça a boca do Vaticano!” Simone Diniz (2014), da ReHuNa, também acredita que o nome da política “pretende sinalizar a lealdade com a Igreja e o rompimento com movimento feminista”. Para Jurema Werneck, o principal problema da participação da CNBB é a falta de representatividade dos interesses das mulheres no seio da Igreja católica:

Desde quando a CNBB é a melhor interlocução para dizer o que as mulheres querem e necessitam? É um organismo de uma hierarquia, onde só homem opina, onde só homem manda. Homem que, a rigor não passa pela experiência de uma gestação, de um parto, de um nascimento, de um atendimento de violência

sexista, racista que o SUS pode oferecer, que está por trás da alta taxa de mortalidade materna no Brasil (Werneck, 2012, s.p.)

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

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

A Rede Cegonha [...] traz um *questionamento interessante* ao modelo médico-centrado, por meio da proposta de criação de casas de parto, da incorporação da enfermeira obstetriz e da obstetriz. Enfim, são *propostas potencialmente positivas* (Diniz, 2014; destaques nossos).

A Rede Cegonha representa o *avanço no sentido de proteção integral ao processo de gestação-parto-nascimento-puerpério* e início da vida tanto em termos da gestão do cuidado, como da gestão do sistema, *fazendo parte de uma política nacional ampliada de atenção integral à saúde das mulheres e das crianças*. Como uma das principais inovações, saliente-se a diversificação de pontos de atenção, como Centros de Parto Normal; Casa de gestante de alto risco; alojamento para mães de bebês que ficaram internados; e outros (Rattner, 2014, pp. 106-107, destaques nossos).

No sítio institucional da ReHuNa, a Rede Cegonha é entendida como uma estratégia de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento. A ReHuNa organizou um seminário em 2012, com a finalidade de fortalecer as ações da Rede Cegonha por meio do debate e incentivo da atuação dos CPNs.

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

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

um *freio de arrumação nesse negócio*” (Werneck, 2012; destaque nosso).

A pressão por parte do movimento feminista e do movimento de mulheres faz que inicialmente a figura do nascituro seja retirada do texto da MP, que passa a demandar o cadastro somente para gestantes e puérperas (Diniz, 2012, p. 129). A pressão contínua faz que o governo não pressione para a sua votação pelo Congresso Federal e que as medidas por ela descritas não sejam implementadas nas unidades de saúde. A MP perde validade por caducidade e é comemorada como uma vitória do movimento de mulheres com ressalvas, já que o governo optou por esperar que caducasse, mas não a retirou do ordenamento jurídico pelos 120 dias em que podia ter efeitos.

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

Cabe ao ‘batalhão da mata’, às ‘prendas do Rosário’ – às ministras da Mulher, Eleonora Menicucci, e da Igualdade Racial, Luiza Bairros – sangrar nos cacos: exigindo uma concertação, não para monitorar políticas de saúde, mas para defini-las em pé de igualdade com o MS (Oliveira, 2011).

Em relação ao Rede Cegonha, as mudanças são mais limitadas à forma de sua condução pela área técnica de saúde da mulher e das normativas e orientações enviadas às unidades de saúde de modo a fazer o programa mais adequado às necessidades das mulheres e à percepção das redes de ativismo em relação aos imperativos de atenção à saúde das mulheres gestantes. O fato de o nome do programa não ter sido alterado, entretanto, permanece

como um desafio e uma sinalização dos limites das interações entre os movimentos feministas e o Estado, representado pelo MS. É importante lembrar, entretanto, que parte do movimento de mulheres, como a ReHuNa, é favorável e apoia o formato que a Rede Cegonha assumiu, acrescentando tensão dentro dos movimentos de mulheres e, em certa medida, legitimando a adoção do curso tomado pelo MS.

Ao mesmo tempo, a participação por meio da presença nas reuniões do CNS, em que as ativistas modificam as políticas apresentadas pelo governo, provoca alterações na forma como a política é abordada por elas. Depois do “freio de arrumação” e da resistência dentro dos canais institucionais do MS, as mulheres passam a reconhecer a política como o melhor resultado possível, apesar das circunstâncias negativas para a agenda de saúde das mulheres em geral. Assim, muda-se não apenas a política, mas modulam-se as críticas das ativistas em relação às políticas adotadas.

5. Conclusão

Considerando que os encaixes socioestatais são entendidos como a sedimentação institucional da relação entre o Estado e os atores sociais, neste capítulo foi possível perceber a atuação de um tipo específico de encaixe em funcionamento em relação às políticas de saúde para as mulheres. Mais do que um exercício de altimetria da atuação do movimento de mulheres e feministas quanto aos processos de desenho e implementação das políticas recentes, nossa análise buscou cobrir a agência desses movimentos em relação às políticas postas em prática durante os anos 2000, bem como suas reações na modificação dessas políticas e das demandas dos movimentos ao Estado brasileiro em temas de saúde das mulheres. Desta maneira pudemos ressaltar as interações entre as ativistas e o Estado, os efeitos dessas interações nas políticas, a heterogeneidade das redes de ativismo e sua capacidade de agência.

A observação das reações das três redes de ativismo de saúde permitiu perceber as variações de abertura da burocracia estatal a umas e às outras redes com resultados claros no resultado das políticas elaboradas durante os anos recentes do trabalho do Ministério da Saúde para essa área específica da saúde coletiva. Ao mesmo tempo, foi-nos possível perceber que as redes de ativismo mantêm-se ativas em busca de consolidar avanços nas políticas de forma que elas representem um alinhamento entre bandeiras e demandas tradicionais do movimento de mulheres e feminista. Nesse sentido, ressalte-se o caráter participativo das políticas de saúde no modelo adotado pela Constituição de 1988.

Nas políticas que analisamos, entretanto, tal participação dá-se de maneira diferente para a PNAISM e para a Rede Cegonha. Na PNAISM a participação está na base de elaboração do texto da política, estando as três redes presentes no processo de negociação e assinatura do texto da política. Essa participação faz que RFS, ReHuNa e AMNB reconheçam a legitimidade e correção da política nos marcos de sua atuação em defesa seja da saúde das mulheres, seja da humanização de atendimento, seja no reconhecimento e combate à violência institucional contra mulheres negras. Diferentemente, na Rede Cegonha, a participação é posterior à edição do decreto da política de saúde – que não tem sua autoria identificada – e refere-se unicamente a normatizar a forma de implementação da política localmente, usando dos conhecimentos sobre humanização do parto e nascimento construídos por uma das redes, a ReHuNa. As críticas à Rede Cegonha em parte referem-se à exclusão das redes de ativismo da concepção inicial da política, do interesse vinculado apenas a dar uma resposta ao processo eleitoral de 2010, sem contar com as demandas dos movimentos de mulheres e feministas para a edição do decreto. Na busca por apaziguar os questionamentos referentes à edição do decreto da Rede Cegonha, o governo Dilma Roussef nomeia uma feminista para a SPM e deixa de pressionar pela aprovação da MP 557/2011, o que ressalta a importância da interação entre redes de

ativismo e o governo federal para o desenho das políticas públicas – seja na sua concepção integral, seja no processo de definição mais específico das ações da política.

Assim, a abordagem de encaixes socioestatais permite que se superem as perguntas mais rígidas feitas tanto pelas teorias mais restritas sobre a relação entre o feminismo e o Estado como avançar nos resultados da cooperação entre ativistas e o Estado mesmo quando não há instituições formais que lidem com as políticas de promoção de equidade de gênero, previstas pelo modelo de feminismo de Estado. Dessa forma, os encaixes socioestatais permitem que se percebam os diferentes fatores intervenientes no processo de agência dos movimentos sociais em relação ao Estado e às políticas públicas, bem como os resultados alcançados nessas interações.

REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca; TATAGIBA, Luciana. Institutional Activism: Mobilizing for Women's Health from Inside the Brazilian Bureaucracy. In: Encontro Anual da Anpocs, 38., 2014, Caxambu. *Anais...* Caxambu: Anpocs, 2014.

ABERS, Rebecca; TATAGIBA, Luciana. Institutional Activism: Mobilizing for Women's Health from Inside the Brazilian Bureaucracy. In: Rossi, Federico M.; von Bülow, Marisa. *Social Movement Dynamics: New Perspectives on Theory and Research from Latin America*. London: Ashgate, 2015, pp. 73-101.

ALVAREZ, Sonia. *Engendering Democracy in Brazil: Women's Movements in Transition Politics*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

ALVAREZ, Sonia. La (trans)formación de los feminismos y la política de género en la democratización en Brasil. In: Leon, Magdalena (Comp.). *Mujeres y participación política: avances y desafíos en América Latina*. Bogotá: TM Editores, 1994, pp. 227-289.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, v. 19, n. 2, pp. S465-S469.

BANDEIRA, Lourdes. *Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas*. Brasília: Cepal-SPM, 2005.

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

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

BUGLIONE, Samantha (Ed.). *Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça*. Porto Alegre: Themis: Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero/Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

COELHO, Clair Castilhos. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 2008, v. 1, n. 1, pp. 54-64.

COOK, Rebecca. Estimulando a efetivação dos direitos reprodutivos. In: Buglione, Samantha (Ed.). *Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça*. Porto Alegre: Themis: Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero/Sergio Antonio Fabris Editor, 2002, pp. 13-60.

CORRÊA, Sonia. From Reproductive Health to Sexual Rights Achievements and Future Challenges. *Reproductive Health Matters*, 1997, v. 5, n. 10, pp. 107-116.

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

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009, v. 14, n. 4, pp. 1073-1083.

DINIZ, Simone. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. In: *Reproductive Health Matters*, Vol. 20, Nº. 39, Maio de 2012, pp. 125-132. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41714707> Acesso em: 26/4/2016.

HTUN, Mala. *Sex and the State: Abortion, Divorce and the Family under Latin American Dictatorships and Democracies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

LIMA, Suzana Lopes. Saúde da mulher: a reformulação das práticas. In: Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 1., 2010, Natal. *Anais...* Natal: UFRN, 2010.

MATOS, Marlise; PARADIS, Clarisse. Los feminismos latinoamericanos y su compleja relación con el Estado: debates actuales. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, 2013, n. 45, pp. 91-107.

MISCHE, Ann. *Partisan Publics: Communication and Contention Across Brazilian Youth Activist Networks*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2008.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 1998, v. 14, supl. 1, pp. 25-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2014.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: Barbosa, Regina; Parker, Richard (Ed.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999, pp. 15-38.

ROBERTS, Dorothy. *Killing the Black Body: Race, Reproduction and the Meaning of Liberty*. New York: Vintage Books, 1997.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. *Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento*. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 14., 2004, Caxambu. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2004.

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. *e-cadernos ces*, v. 18, 2012. Disponível em: <http://ecce.revues.org/1533>. Acesso em: 30 set. 2016.

TORNQUIST, Carmen. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas*, 2002, v. 10, n. 2, pp. 483-492.

TORNQUIST, Carmen. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, v. 19, n. 2, pp. S419-S427.

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

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

VILLELA, Wilza. Direitos sexuais e reprodutivos: afinal de que falamos? In: Buglione, Samantha (Org.). *Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça*. Porto Alegre: Themis: Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero/Sergio Antonio Fabris Editor, 2002, pp. 81-92.

Documentos

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília: MS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: MS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual prático para a implementação da Rede Cegonha*. Brasília: MS, s.d.

CASTILHOS, Clair. “Senhora presidenta, ouça as mulheres”. *Viomundo*, 2 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.html>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

DINIZ, Simone. Entrevista com Simone Diniz, por Mariana Portellae Allan Monteiro. *Coletiva*, n. 14, maio-ago. 2014. Disponível em: <http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=127&Itemid=74>. Acesso em: 17 abr. 2015.

GELEDÉS. Geledés – Instituto da Mulher Negra. Hoje na História, 18 de Maio de 1950, acontecia a Criação do Conselho Nacional de Mulheres Negras, no Rio de Janeiro. *Portal Geledés*, 18 maio 2014. Disponível em: <<http://www.geledes.org.br/hoje-na-historia-18-de-maio-de-1950-acontecia-criacao-conselho-nacional-de-mulheres-negras-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

NEGRÃO, Telia. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. Entrevista com Telia Negrão, por Conceição Lemes. *Viomundo*, 5 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

LOPES, F. WERNECK, J. Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, J. (org). *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, s.d. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/207338601/Livro-Mulheres-Negras-Jurema-Werneck>>. Acesso em 9/10/2015.

OLIVEIRA, Fátima. Fátima Oliveira: Ministério da Saúde adoça a boca do Vaticano. Entrevista com Fátima Oliveira, por Conceição Lemes. *Viomundo*, 15 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/fatima-oliveira-ms-adoca-a-boca-do-vaticano-ao-retomar-conceito-de-saude-materno-infantil.html>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. *Report of the Fourth World Conference on Women*. New York: ONU, 1996.

RATTNER, Daphne. 10 anos de uma trajetória luminosa. *Portal Aleitamento*, 6 jan. 2011. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/humanizacao-parto/conteudo.asp?cod=163>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 2014, v. 8, n. 2, pp. 103-108.

RATTNER, Daphne *et al.* ReHuNa: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, 2010.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Carta de Campinas*. Ato de fundação da Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento. 1993. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacaoda.html>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Carta de Fortaleza*. 2000. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-fortaleza-2000.html>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Manifesto da ReHuNa a favor das Casas de Parto. *Portal Aleitamento*, 2 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/humanizacao-parto/conteudo.asp?cod=313>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Portal ReHuNa*, s.d. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

RFS. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo: RFS, 2002.

RFS. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Estatuto Social*, 10 maio 2006.

RFS. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos: ferramenta para a ação política das mulheres*. Porto Alegre: RFS, 2008.

RFS. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Portal Rede Feminista de Saúde*, s.d. Disponível em: <<http://redesaude.org.br/home/>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

WERNECK, Jurema. *Saúde da população negra: passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

WERNECK, Jurema. 'O governo Dilma está chocando o ovo da serpente': entrevista para o *Viomundo*, 9 fev. 2012. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/denuncias/jurema-werneck-o-governo-dilma-esta-chocando-o-ovo-da-serpente.html>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

WERNECK, Jurema; IRACI, Nilza; CRUZ, Simone (Org.). *Mulheres negras na primeira pessoa*. Porto Alegre: Redes Editora, 2012.