



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Cristina de Lima Pimentel

***A Rede Cegonha em cena: algumas controvérsias sobre uma
“corrente de cuidados especiais”***

Rio de Janeiro

2014

Ana Cristina de Lima Pimentel

A Rede Cegonha em cena: algumas controvérsias sobre uma “corrente de cuidados especiais”

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P644 Pimentel, Ana Cristina de Lima.
A Rede Cegonha em cena : algumas controvérsias
sobre uma “corrente de cuidados especiais” / Ana
Cristina de Lima Pimentel. – 2014.
150 f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Assistência a maternidade e a infância – Teses. 2.
Saúde reprodutiva – Teses. 3. Crianças – Cuidado e
higiene – Teses. 4. Cuidado pré-natal - Teses. 5. Política
de saúde – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 613.95/.99

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Cristina de Lima Pimentel

A Rede Cegonha em cena: algumas controvérsias sobre uma “corrente de cuidados especiais”

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 24 de março de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dra. Cláudia Bonan Jannotti
Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Ao Rafa, companheiro de aventuras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Vânia e Sílvio, conjuntamente pelo apoio e pela proteção absolutos, pelos momentos difíceis, pelos feitos cotidianos e grandes realizações. A minha mãe por me legar sua coragem e ousadia diante das próprias escolhas, assim como sua alegria de viver e a fé na vida. Também por estar sempre ao meu lado. Ao meu pai, por adoçar minhas escolhas, incrementá-las e fazê-las voar; também por me inculcar as múltiplas perspectivas e, ao mesmo tempo, dar-me as mãos para que eu não me perca por aí.

Ao meu irmão por ser meu companheiro, amigo e dupla. Eternamente outsiders. Ao meu sobrinho Gabriel pela magia de uma nova vida.

Aos meus primos, Rafael, Henrique, Dani, Grasi e Elton.

A minha vó Terezinha, por sua companhia em decisivas tardes de infância, abrindo-me ao estudo. Também por me inculcar o sentimento de inconformidade diante das desigualdades.

A Rosângela, Sávio e Michelle, que fizeram minha chegada ao Rio mais agradável e me aninharam nas rodas familiares.

À juventude da Democracia Socialista com quem eu estive conectada ao longo de toda minha juventude, por sermos capazes de inventar novos possíveis, por renovarmos sonhos de uma tradição libertária, que é brasileira e é internacionalista. Agradeço, particularmente, à juventude da DS de Juiz de Fora onde também pude inventar minha juventude. A Mirelly e ao Leo que conectam estas diferentes gerações e nos possibilitam (re)vivê-las afetiva e politicamente. Ao Estevão, pela trajetória comum, ao Bernardo, pela referência.

Ao Gili, ao Tiago, ao Murilo, meus eternos camaradas, pela cumplicidade, pelas tequilas, pelas inúmeras noites de boemia, pela vida sem adjetivações. Somos feitos da mesma coisa, seja ela o que for!

Às amigas juiz-foranas, são-joanenses e gloriosas, pelas reinvenções que temos produzido a isso que pode ser mulher no plural, especialmente a Carol Radd, Natália, Marina. A Fabíola, além disso tudo, amizade incondicional, por muito que já foi dito, mas por tudo aquilo que é também na distância. Espero que a vida nos dê

mais momentos. As cariocas que estão neste novo começo, Júlia Morelli, Du Motta, Clarissa Cunha e as outras que virão.

Aos amigos de turma do mestrado! A Helena e Bruna pelas boas conversas, pelas delícias doces, por estarem presentes em todo este percurso, pela amizade que se inicia. Ao Leandro, pelos cafés, pelas partilhas, pelas perguntas muito bem localizadas e por tudo aquilo que vem adiante!

Aos professores Mario Monteiro e André Mendonça, novas e palpitantes amizades, obrigada pelos toques, pelas aberturas e pelo estímulo. A Tatiana Wargas e ao Martinho Silva que contribuíram com sugestões tão decisivas para a continuidade deste trabalho.

A Cláudia Bonan, por aceitar fazer parte deste percurso e ter contribuído de diferentes maneiras, pelas sugestões de leituras, pelas conversas e por abrir possibilidades adiante.

Ao Rafael Chagas, companheiro e amante. Ao mesmo tempo, revolucionário, subversivo, vagante e autor. Nossa voz canta na mesma estrada, no mesmo caminho, sei que temos muito o que viver, reinventando o amor.

Ao meu querido orientador, Ruben, pela acolhida ao mesmo tempo delicada e precisa. Eu o agradeço pelas leituras indicadas, pelas conversas, pelos cafés, pelas sugestões, pela generosidade com que acompanhou toda esta jornada. Também pela música clássica, um novo que se abre.

RESUMO

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima. *A Rede Cegonha em cena: algumas controvérsias sobre uma “corrente de cuidados especiais”*. 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A Rede Cegonha foi uma iniciativa pública governamental instituída em 2011 com o foco na atenção à saúde materna e infantil. Surgiu enquanto uma promessa de campanha e foi constituída oficialmente no mandato de Dilma Rousseff que a caracterizaria como “uma corrente de cuidados especiais”. O processo de constituição desta agenda política foi perpassado por controvérsias que evidenciavam diferenças sobre *o que* seria uma agenda pública de saúde voltada para as mulheres, além de divergências sobre *o como* se construir uma política de saúde na área da mulher. Assim, em torno destas controvérsias a própria concepção de *saúde da mulher e saúde reprodutiva* estavam em debate. A perspectiva de configuração da política é compreendida dinamicamente, desnaturalizando a própria concepção de Estado, abandonando o pressuposto de sua universalidade. Assim, observar a dinâmica de constituição da Rede Cegonha, entendendo-a enquanto um processo aberto. De outro modo, as controvérsias também funcionaram como uma entrada no estudo da própria política, funcionando como um forjar “estranho”. Os adversários contribuem para a desconstrução de verdades, assim, práticas e crenças são colocadas em análise. Para esta finalidade alguns procedimentos metodológicos foram escolhidos. O primeiro deles foi a pesquisa em dois blogs que se destacaram por acolher e divulgar opiniões sobre a Rede Cegonha. Também foram realizadas entrevistas a atores-chave e realizada leituras de documentos oficiais da política. A trajetória de constituição da política é narrada em dois pontos. O primeiro construído a partir da fala daqueles que contribuíram na sua formulação e/ou execução da política. O segundo a partir de uma fala que a confronta. Ambas apresentações serão cotejadas pelos documentos públicos oficiais. O processo de constituição da Rede Cegonha foi perpassado por controvérsias sobre diferentes concepções de políticas de saúde reprodutiva. Novos sujeitos políticos se articularam a partir destas controvérsias, tal seja, movimentos pro-vida, movimentos pela humanização do parto, blogueiras maternistas, movimentos feministas se posicionaram neste processo.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva. Saúde da Mulher. Políticas de Saúde para as Mulheres. Redes de Atenção à Saúde. Rede Cegonha.

ABSTRACT

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima. Rede Cegonha on the scene: some controversy over a "current special care". 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Rede Cegonha was a government public initiative established in 2011 with the focus on attention to maternal and child health. Emerged as a campaign promise and was officially incorporated in the Rousseff's mandate that would characterize as "a stream of special care". The process of formation of this policy agenda was permeated by controversies which exhibited differences on what would be a public health agenda focused on women, as well as disagreements over *how* to make a health policy in the area of women. Thus, these controversies surrounding the conception of women's health and reproductive health were debated. The prospect of policy configuration is dynamically understood, by denaturalizing the concept of the State, abandoning the assumption of universality of the State. Thus observe the dynamics of constitution of Rede Cegonha, understanding it as an open process. On the other hand, disputes also functioned as an entry in the study of politics itself, acting as a forge "weird." Opponents contribute to the deconstruction of truths, thus practices and beliefs are put into analysis. For this purpose some methodological procedures were chosen. The first was the research on two blogs that stood out to welcome and disseminate opinions about Rede Cegonha. Interviews were also carried out to key stakeholders and held readings of official policy documents. The trajectory this policy is told in two points. The first was constructed from the speech of those who contributed to its formulation and or implementation of policy. The second from a speech that confronts. Both presentations will be complemented by the official public documents. The process of establishment of the Rede Cegonha was permeated by controversies about different conceptions of reproductive health policies. New political subjects were articulated from these controversies, this is, pro-life movements, movements for the humanization of birth, Mom Bloggers, feminist movements have positioned themselves in the process.

Keywords: Reproductive health. Women's Health. Health Policies for Women. Networks of Health Care. Rede Cegonha.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem Estar Familiar
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPAIME	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DNCR	Departamento Nacional da Criança
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LGBTTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênicos
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPS	Partido Popular Socialista
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PQM	Programa de Qualificação das Maternidades
PRB	Partido Republicano Trabalhista

PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PV	Partido Verde
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

	INTRODUÇÃO	14
	O percurso deste trabalho	20
1	SOBRE POLÍTICAS DA VIDA	23
1.1	Sobre o surgimento dos Estados e os limites do poder público	23
1.2	Sobre as práticas de governo	27
1.2.1	<u>Sobre o que se governa e com qual finalidade</u>	28
1.2.2	<u>A população desbloqueia a arte de governar</u>	30
1.2.3	<u>A ciência do governo</u>	31
1.3	A medicalização em distintas abordagens	36
1.3.1	<u>Um processo em diferentes graus</u>	36
1.3.2	<u>A tirania do diagnóstico</u>	38
1.3.3	<u>A saudização e saudecização</u>	39
1.3.4	<u>A biomedicalização</u>	42
2	INVESTIGANDO PELOS INDÍCIOS AO REDOR	45
2.1	Constituindo a arena de estudo	51
3	O PONTO E O CONTRA PONTO – A REDE CEGONHA EM DIFERENTES PERSPECTIVAS	65
3.1	O ponto	65
3.1.1	<u>Uma promessa de campanha</u>	67
3.1.2	<u>O lançamento oficial</u>	68
3.1.3	<u>A instituição pela Portaria</u>	72
3.1.4	<u>Outras portarias, a sífilis e o HIV</u>	75
3.1.5	<u>Não tem uma grande novidade</u>	77
3.1.6	<u>Uma agenda de governo, um outro modo de fazer</u>	81
3.1.7	<u>Sobre o/s objetivo/s da Rede Cegonha</u>	83
3.2	Discussões iniciais	85
3.2.1	<u>Movimento e políticas – humanização do parto e nascimento</u>	88

3.3	O contra ponto	92
3.3.1	<u>“Eleger e instituir uma Política única de Atenção Integral à Saúde das Mulher”</u>	93
3.3.2	<u>Um retrocesso, uma política reducionista</u>	96
3.3.2.1	A perspectiva materno-infantil ou o maternismo	99
3.3.2.2	A constituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	106
3.3.3	<u>A MP do nascituro – em defesa da vida?</u>	116
3.4	Outras discussões	124
4	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS	140

INTRODUÇÃO

Anunciada inicialmente enquanto uma promessa de campanha eleitoral da candidata à presidência da república, Dilma Rousseff, no dia 28 de março de 2011, agora eleita presidenta, apresenta oficialmente uma iniciativa governamental chamada Rede Cegonha. No mês de junho do mesmo ano, uma Portaria institui oficialmente esta política, que pela descrição do próprio documento, "consiste numa 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". Seus objetivos, segundo a mesma fonte, são: "fomentar a implementação de novo modelo de Atenção à Saúde da Mulher e à Saúde da Criança", além de "organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil" e "reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal" (Brasil, 2011).

O processo de constituição da Rede Cegonha foi perpassado por diversos debates. Uma crítica bastante divulgada foi a afirmação da "Rede Cegonha" enquanto uma expressão da redução das políticas de saúde da mulher a uma concepção materno-infantil e, dessa maneira, sinalizava um "retrocesso" do atual governo que reduzira a política reprodutiva apenas às mulheres que desejam ser mães. Em entrevista concedida ao blog Viomundo, Télia Negrão afirmou, "Não é uma política de direitos reprodutivos. É apenas uma boa política materno-infantil, pura e simplesmente para as mulheres que desejam ter filhos." Na mesma entrevista, afirma, "E os direitos reprodutivos das mulheres contemplam os direitos das mulheres que querem ter filhos e os direitos das mulheres que não querem ter filhos" (Lemes, 2011a).

Para além desta divergência específica, críticas, ponderações e discussões ocorreram mesmo antes de seu lançamento público. De todo modo, seu anúncio oficial construiu uma órbita de discussões em torno desta ação governamental. Nesta órbita de debates emergiram questões sobre a iniciativa governamental em si, tal seja, a Rede Cegonha. De outro lado, também ocorreram considerações direcionadas às críticas apresentadas, inclusive, argumentações sobre a própria

dinâmica do movimento de mulheres e feminista. Assim sendo, o campo em que se constitui este debate abriu uma série de questões e reflexões.

Em um primeiro momento, evidenciar a existência de uma divergência sobre esta ação governamental poderia significar assumir a posição do outro lado, ou seja, daquelas que a criticaram, mas este não foi o percurso deste trabalho. Ao colocar as controvérsias em evidência, objetivei refletir sobre o que tem entrado no debate, sobre o que se tem discutido, quais as questões que são colocadas em argumentação a partir deste debate, marcando diferenças e semelhanças. Em outro sentido, também evidenciando algumas questões que não apareceram nos debates explicitamente.

Isto posto, cumpre ressaltar que optei por realizar um estudo em que o próprio processo de controvérsias também fosse colocado em análise. Assim, almejo analisar suas falas, bem como suas estratégias o mais simetricamente possível, sem caricaturar os sujeitos envolvidos.

Meu pressuposto foi partir desta concretude, ou seja, as controvérsias em torno deste tema, que evidenciavam diferenças sobre *o que* seria uma agenda pública de assistência à saúde da mulher desejável, além de marcar uma divergência sobre *o como* se construir uma política de saúde na área da mulher. Nesses debates estavam em cena, portanto, a própria demarcação sobre saúde da mulher e saúde reprodutiva. Questão de ordem política, questão de ordem técnica?

Continuamente constituídos de normas e sentidos, além da produção de discursos e conhecimentos, a própria delimitação daquilo que se refere a saúde da mulher, saúde sexual e saúde reprodutiva é aberta. Em síntese, suas delimitações conceituais são investidas e configuradas em processos políticos. Assim, embora o ímpeto de defender - ou proteger - conceitos e, portanto, recortar a análise, seja imperativo, a opção deste trabalho será assumir uma certa instabilidade e abertura destas ideias, possibilitando interrogações.

Sabe-se que diversas dimensões atuam na delimitação de discursos e práticas em torno deste tema, notadamente, a biomedicina, os movimentos pela maternidade voluntária, a teoria psicanalítica, as políticas internacionais de planejamento familiar, chegando às novas discussões em torno dos direitos sexuais e reprodutivos incidem dinamicamente nesse processo de constituição de concepções e ações (Bonan, 2002).

A própria escolha do espaço analisado pode produzir noções distintas. Neste trabalho e objetivei compreender um pouco sobre as concepções e noções que são imanadas a partir do processo de constituição da Rede Cegonha. Portanto, partir das interrogações foi uma escolha importante.

Assim, desde o projeto de qualificação eu afirmei adotar uma perspectiva de inexistência de um modelo ideal de política de saúde voltada às mulheres. Tratava-se de uma perspectiva metodológica de entrada neste tema. O objetivo seria abrir a possibilidade de conhecer a concretude das divergências anunciadas a partir da Rede Cegonha.

Existem diferentes perspectivas de estudo das políticas públicas e das iniciativas governamentais. Eu poderia ter optado em fazer uma reflexão sobre a própria política a partir da história das políticas de saúde da mulher ou das políticas de saúde sexual e reprodutiva. Também seria possível partir da análise dos documentos oficiais e ordená-los, comparando com as iniciativas anteriores e, dessa forma, construindo uma perspectiva evolutiva das políticas deste tema.

Esta não foi a opção deste estudo. Ao optar em colocar simetricamente olhares e leituras distintas sobre este processo, portanto, configurando-as enquanto controvérsias no plural, o objetivo foi pesquisar o que se tem refletido e formulado sobre políticas de saúde reprodutiva.

Meu foco de análise, no entanto, é a Rede Cegonha e as controvérsias, as falas dos atores contribuem decididamente para retornar a este ponto, ou seja, delinear o que circundou a constituição desta política. Meu empenho será em realizar um estudo que possibilite desdobrar esta política, almejando deixar emergir o máximo de questões possíveis sobre ela.

Ao optar por estudar controvérsias em torno de uma política, o objetivo era desestabilizar algumas noções sobre uma política pública, portanto, evidenciar alguns pressupostos que nos parecem estáveis, constantes, certos.

Meu objeto é aquilo que está gravitando em torno da Rede Cegonha, conceitos e atores que estão interagindo a partir de seu anúncio na promessa de campanha da candidata à presidência da República e depois eleita, Dilma Rousseff. Mais especificamente, analisarei esta órbita focada nas controvérsias ocorridas entre uma fala do movimento de mulheres e a fala de afirmação da Rede Cegonha.

Neste estudo eu parto, portanto, de uma controvérsia bastante específica, entre uma fala do movimento de mulheres e a fala da formulação da política. Outros atores serão apontados a partir desta controvérsia. Quero ressaltar que a minha escolha em sublinhar este confronto não ocorreu a partir do entendimento de que estes atores foram os centrais na definição da Rede Cegonha, igualmente, não é possível afirmar que estes atores sejam os mais decisivos na constituição de uma política pública de assistência ao parto e nascimento.

Minha escolha se deve fundamentalmente ao fato de eu ter conhecido os conflitos entre estes dois atores, portanto, de alguma forma, eu estar inserida neste íterim. Ao mesmo tempo não sendo parte de qualquer um destes grupos, as questões que ambos apresentam me parece relevantes em si. Assim, foi possível conhecer as divergências e ser seduzida por elas.

Obviamente, este estudo não versará sobre todas as possíveis controvérsias em torno das questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva, de outro modo, também não será um estudo sobre todas as possíveis pontuações e demarcações sobre a Rede Cegonha. Eu escolhi os atores para esta pesquisa e, assim, elegi um espaço de opiniões, ou, dito de outra maneira, uma arena de interesse para este trabalho. Eu estudo a Rede Cegonha a partir de controvérsias transcorridas entre aqueles que a formularam e uma fala do movimento de mulheres que apresenta críticas a esta política. Esta é a arena de debates que eu esmiuçarei. É este estudo que monta esta arena, portanto, ela mesma é construída para a finalidade desta investigação. Não foi estudado um espaço institucional sobre a Rede Cegonha, mas fala de atores que se implicaram com este debate.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, destacarei um outro movimento heterogêneo e plural que aqui denominarei genericamente de movimento pela humanização do parto e nascimento. Este movimento mantém relações com os movimentos de mulheres e feministas, por vezes constituindo-se conjuntamente, de todo modo, trata-se de um ativismo com uma agenda de atuação, assim como um modelo de ação social específico dentro da sua pluralidade. Este movimento, no entanto, não aparecerá neste trabalho pelas suas posições assinaladas sobre a Rede Cegonha, ele será apresentado como um ator social importante na constituição de um debate sobre o parto e nascimento que será apropriado na formulação da Rede Cegonha. Isso não significa que o movimento – ou os

movimentos – pela humanização do parto e nascimento estejam imersos na política, também não estou afirmando que os movimentos a apoiaram. Este não será o foco deste trabalho.

Quero informar que outros atores estão em cena no debate sobre saúde sexual e reprodutiva, mesmo quando este tema é analisado exclusivamente na esfera governamental. Através da minha pesquisa, mostraram-se sobremaneira interessados no debate sobre esta política, por exemplo, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que participou, inclusive, de debates institucionais no processo de constituição da Rede Cegonha. Em outro espaço público, expressando de outra forma seu interesse, a Frente Parlamentar Contra o Aborto em seu IV Encontro Brasileiro de Governantes e Legisladores pela Vida, realizado em 27 de abril de 2011, na Câmara dos Deputados, que contou com a presença da Coordenadora de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Esther Vilela. A Frente apoiou a Rede Cegonha, “por entender que os princípios dele coincidem com os princípios que a frente defende de defesa da vida, de apoio às políticas públicas de apoio à maternidade, que é o centro deste programa”, afirmou o Jaime Ferreira Lopes, chefe de gabinete do deputado Alberto Filho (PMDB-MA) e secretário-executivo desta frente parlamentar (Lemes, 2011d).

De outro modo, percorrer as trilhas de uma controvérsia política contribuiu para indicar minúcias relacionadas a constituição de um política, imponderáveis quando desta escolha.

Ao mesmo tempo, uma trajetória absolutamente mundana, particular, comprova o quanto contingencial pode ser a escolha e a própria ação política que seguirá mobilizando atores, setores, objetos, conceitos por todo o Brasil. Eu objetivava evidenciar o quão corriqueiros podem ser os passos de definições de uma política.

De outro lado, também demonstrou o quanto certos conceitos e práticas relacionados às políticas de saúde e a saúde reprodutiva, especificamente, estão de tal maneira organizados que dificilmente conseguiríamos destacá-los, situá-los, diferenciá-los. Assim, certas ações marcadas pela técnica, pela objetividade, pela demarcação quantitativa parecem naturais ou impossíveis de serem diferentes.

Certas noções estão naturalizadas o suficiente para nos colocar em uma posição verdadeiramente binária: acreditando que tudo é contingencial e, ao mesmo

tempo, que uma política pública é uma ação objetiva, exclusivamente pautada em critérios quantitativos, subsumidos a uma noção de técnica.

Neste trabalho, portanto, trabalhei com uma perspectiva de configuração da política percebendo a dinamicamente, ou seja, desnaturalizando a própria concepção de Estado, abandonando o pressuposto de sua universalidade, procurei observar a dinâmica de constituição da Rede Cegonha, entendendo-a enquanto um processo aberto, um processo que tem a característica de estar ocorrendo no mesmo momento da escrita sobre ele. Pude observar a dinâmica de constituição dessa política, com suas contingências e evidenciando as interações possíveis a partir dela.

Alguns procedimentos metodológicos foram escolhidos para esta finalidade. O primeiro deles foi a pesquisa em dois blogs que se destacaram por acolher e divulgar opiniões sobre a Rede Cegonha, ou seja, estes blogs se envolveram nestes debates legitimando-os, fazendo-os relevantes. Também foram realizadas entrevistas e procedida leituras de documentos oficiais da política estudada. Quero também apontar que meu investimento neste estudo possibilita afirmar que eu mesma procurei essas controvérsias ativamente, buscando na internet, conversando em corredores com sujeitos encontrados em congressos acadêmicos da saúde coletiva, enfim, foram dois anos de imersão, buscando fontes diversas.

Uma questão importante se colocou. Ao longo desta pesquisa, partindo de falas de sujeitos, ou seja, tanto a partir dos blogs como a partir das entrevistas, são sujeitos com suas respectivas falas, de todo modo, são sujeitos pertencentes a grupos com regras e valores próprios.

em toda parte pessoas envolvidas em ação coletiva definem certas coisas como "erradas", que não devem ser feitas, e geralmente tomam medidas para impedir que se faça o que foi assim definido. De forma alguma essas atividades serão todas criminosas - em qualquer sentido da palavra. Algumas regras são restritas a grupos específicos (...). Dentro dessas comunidades, porém, operam os mesmos tipos de processo de fabricação de regras e de detecção dos que as violam (Becker, 1999, p13).

Se não pode parecer exageradamente irônico, foi a caracterização de Becker em *Outsiders*, em estudos de sociologia do desvio, que contribuiu assertivamente para caracterizar um problema que estava configurado. Parece-me que eu tinha em

minhas mãos, comunidades com regras e valores distintos, portanto, narrativas distintas sobre este mesmo processo.

Um problema surgiu a partir dessa opção metodológica. Ao optar por retratar a Rede Cegonha a partir da maneira anunciada no parágrafo anterior, as questões que emergiam eram distintas o suficiente para a realização de dois trabalhos completamente diferentes. A narrativa de cada ponto possibilitava abrir questões de distintas perspectivas.

Diante dessa problemática, minha opção foi deixar emergir as questões a partir de dois grupos. Se posso configurar dessa forma, ou seja, como grupos distintos, asseguro que cada qual tem seus interesses e perspectivas a proteger. Uma contrariedade relevante aqui é o fato de que alguns estão definindo o que será uma iniciativa governamental por todo o país. Os outros estão almejando fazê-lo.

No entanto, embora sejam dois grupos, com características distintas, também é possível afirmar a partir da chave de leitura que Collins abre, que ambos possuem uma expertise por interação constituída a partir de um espaço que circunda a área técnica de saúde das mulheres e outros espaços do Ministério da Saúde que objetivam a constituição de uma política de assistência à saúde das mulheres. Assim sendo, dois grupos que trocam saberes e se constituem enquanto expertises nesta área (Collins, 2010).

A Rede Cegonha aparece alterando este espaço, dinamizando a relação entre estes atores, além de legitimar a entrada de novos atores neste processo que se abre. Assim sendo, é possível afirmar que a Rede Cegonha abre novas questões para a saúde sexual e reprodutiva.

O percurso deste trabalho

No primeiro capítulo apresento algumas observações preliminares para iniciar este estudo. Serão percorridas algumas noções de políticas, apontada a constituição dos Estados modernos, a arte de governar e a relevância do surgimento da população enquanto um problema específico, além do desenvolvimento de uma ciência sobre o governo. Também neste capítulo serão apresentados sucintamente noções sobre o processo de medicalização e biomedicalização.

No segundo capítulo serão nuançadas algumas questões metodológicas relevantes para esta pesquisa. No entendimento deste trabalho a escolha metodológica é também parte desta pesquisa, ela foi se materializando em contato com o objeto, portanto, ela mesma é parte do produto desta pesquisa.

No terceiro capítulo haverá duas partes. Primeiramente, apresento a Rede Cegonha. Ele é chamado, “o ponto”, pois este tópico apresenta uma narrativa construída sobre a Rede Cegonha, sobretudo a partir das falas de quem a formulou. Aqui a Rede Cegonha é compreendida enquanto uma continuidade das políticas anteriores. Portanto, utilizando informações dos blogs, dos meus entrevistados e dos documentos oficiais, eu apresento o que está em destaque nesta política a partir do que estas fontes me apresentam como elementos centrais. Sou eu quem escrevo, porém procuro destacar nessa narrativa aquilo que encontrei nestas falas.

Na segunda parte deste capítulo, apresento o “contra ponto”. Nele, uma outra narrativa se coloca, aquela apresentada pela voz que contradiz a Rede Cegonha. Também aspiro apresentar os pontos fortes da Rede Cegonha, aqui, a partir de outra fala, uma outra voz. Portanto, outros fios de análise são puxados, aqueles que emergem pelas falas aqui analisadas. Serão minuciados os debates sobre políticas de saúde da mulher, políticas de saúde reprodutiva e correlações políticas. Neste capítulo, entrarei mais minuciosamente no debate que configura a arena das controvérsias, os atores e suas estratégias.

A partir das minhas pesquisas, foi possível caracterizar dois momentos distintos sobre as controvérsias em torno da Rede Cegonha: o primeiro se refere ao momento que circunda o lançamento oficial da campanha. O segundo se inicia com o lançamento da Medida Provisória 557, que ocorre em dezembro de 2011. Embora as questões apresentadas no primeiro momento permaneçam no segundo, os pontos centrais das discussões em cada momento são diferentes. Tanto o núcleo central dos argumentos, bem como as estratégias utilizadas pelos atores envolvidos e os próprios atores envolvidos são distintos. Para além disso, o lançamento da “MP 557” reavivou e robusteceu as discussões apresentadas quando do lançamento oficial da política.

Procurei compreender um pouco mais sobre este processo dinâmico a partir do material que encontrei. As Portarias, as normas técnicas e os documentos

também são parte deste processo e são cotejados, porém meu ponto de partida é aquilo que está circundando a Rede Cegonha.

Embora já mencionado, preciso afirmar que este não foi um caminho linear onde seria possível avistar as conclusões quando do início do trabalho. Optando por percorrer as trilhas da controvérsia e almejando me inserir no meu campo de estudo dinamicamente, apresento reflexões sobre a Rede Cegonha, mas finalizo argumentando que este estudo contribui também para uma reflexão sobre a saúde reprodutiva mais amplamente.

Devo advertir que este trabalho não se inscreve na tradição acadêmica predominante da ciência política. A narrativa aqui utilizada centra-se nas próprias controvérsias, abandonando qualquer modelo teórico a priori. As noções e conceitos tomados de estudos sobre políticas (não necessariamente na área da ciência política) são utilizadas na medida em que parecem ajudar a narrativa e a compreensão das controvérsias. Creio, sobretudo, que as contribuições de Foucault são de grande valia.

1 **SOBRE POLÍTICAS DA VIDA**

Algumas observações preliminares podem contribuir para preparar este estudo. Para iniciá-lo almejo explicitar algumas opções, ou seja, apresentar o terreno onde este estudo será desenvolvido. Em síntese, qual será a lente que contribuirá nesta leitura.

Neste capítulo apresento alguns debates que inserem este trabalho em uma perspectiva dinâmica de análise da política.

Para auxiliar este percurso situo a trajetória de constituição dos Estados modernos, afirmando-a enquanto um processo. A primeira questão que será abordada será uma desconstrução da noção do Estado como algo dado, natural, atemporal e universal, ou seja, resgatarei a noção do Estado Moderno enquanto uma construção. Será pontuado que essa construção está amalgamada a um processo de racionalização do Estado. Em outras palavras, em uma perspectiva foucaultiana, o que se entende por Estado Moderno é resultado de um processo de delimitação do que seria alvo, ou seja, o que seria objeto de intervenção do Estado. Ainda nesta primeira parte do capítulo, será debatido um segundo elemento, o desenvolvimento de um saber sobre o governo que está acompanhado de uma burocracia. Pontuarei a configuração de um território da política que se forja em torno da tecnicidade e objetividade. Por fim, apresentarei algumas questões sobre o entendimento de política que contribuirá para o desenvolvimento do trabalho.

Na sequência, aprofundaremos os contornos de um debate sobre medicalização e biomedicalização que estão articulados com a noção de poder e governo apresentados inicialmente.

1.1 **Sobre o surgimento dos Estados e os limites do poder público**

Entre os séculos XIX e XX, em torno da expansão do campo da Ciência Política, firmou-se uma ideia de que os governos resolveriam problemas não apenas

econômicos. As políticas públicas seriam respostas às demandas e conflitos da população, de forma que o governo teria êxito quanto mais conseguisse reconhecer as necessidades da população (Baptista; Mattos, 2011). As respostas supostamente seriam orientadas por um interesse público, portanto, expressariam aquilo que a sociedade almeja e estaria, dessa maneira, em função de um interesse maior. Dentro dessa perspectiva, as políticas públicas seriam de atribuição do aparato institucional vinculado ao governo, portanto, subjaz uma ideia de divisão de papéis, os representantes e os representados. Tal acepção construiu-se a partir de uma ideia de Estado universal e estável, a chamada Estado Moderno, em que um outro componente também relevante são os espaços, ou arenas, considerados específicos para o debate das políticas.

Em contraposição a esta ideia de um Estado universal e estável, Foucault apresentará a noção de Estado como uma construção no plural. Recusando-se a tomar como ponto de partida esta ideia de Estado universal e estável, como se já fosse dada, Foucault chamará a atenção para o surgimento de uma certa razão de estado, um tipo de racionalidade na prática governamental que possibilita reger o que é governar a partir de algo chamado Estado.

em relação a essa prática governamental, em relação a esse cálculo da prática governamental, exerce a um só tempo o papel de um já dado, visto que é verdade que o que será governado é um Estado que se apresenta como já existente, que se governará nos marcos de um Estado, mas o Estado será ao mesmo tempo um objetivo a construir. O Estado é ao mesmo tempo o que existe e o que ainda não existe suficientemente. E a razão de Estado é precisamente uma prática, ou antes, uma racionalização de uma prática que vai se situar entre um Estado apresentado como dado e um Estado apresentado como a construir e a edificar. (Foucault, 2008, pp. 6).

Foucault destaca algumas questões sobre essa nova racionalidade governamental que se chama razão de Estado. No decorrer do século XVI o Estado é definido como algo autônomo e específico, no plural. Portanto, os Estados existem dessa maneira, pois estão imbuídos de uma certa maneira de governar, dito de outra forma, essa nova maneira de governar, pautada pela razão de Estado, é composta por três questões relevantes. A primeira se refere ao mercantilismo enquanto uma forma de organização da produção e dos circuitos comerciais, ou seja, o

mercantilismo não se trata apenas de uma doutrina econômica, mas de uma prática política com toda uma forma de organização que possibilite ao Estado uma força real, portanto, deve se enriquecer, deve se fortalecer pelo crescimento da população e deve-se manter em concorrência com as demais potências. A segunda maneira de governar se refere à gestão interna, que é chamada gestão de polícia, uma regulamentação indefinida. A terceira se relaciona a existência de um aparato diplomático militar que objetiva manter a pluralidade dos Estados dentro de um equilíbrio. Essas maneiras de governar formam um corpo pautado por essa nova razão governamental (Foucault, 1979; Foucault, 2008).

Foucault vai afirmar, portanto, que o “Estado é o correlato de uma certa maneira de governar” (Foucault, 2008, p.10). Nessa maneira de governar pautada pela razão de Estado existia um traço característico que se colocava na articulação entre a política externa e a política interna (Foucault, 2008).

Com relação à política externa, o Estado se dá um objetivo limitado. Cada Estado deve se autolimitar com relação a seus objetivos, garantir sua independência e garantir uma posição de não inferioridade de forma a garantir um equilíbrio. De outro lado, com relação a política interna, diferentemente, o Estado implica objetivos ilimitados, ou seja, é um governo que é integralmente administração, portanto, governo e administração se confundem, chama-se Estado de polícia, pois significa “encarregar-se da atividade dos indivíduos até em seu mais tênue grão” (Foucault, 2008, p.10).

No entanto, o Estado de polícia, ilimitado em seus objetivos, conforme mencionado, obteve tentativas de delimitação de limites para a razão de Estado. Um exemplo foi a teologia, mas o autor destaca o direito como um princípio de limitação da razão de Estado. O direito – nova racionalidade governamental - vai servir, quando se desenvolve a partir do século XVI, como forma de limitar essa extensão indefinida da razão de Estado. Assim sendo, recorre-se às regras do direito, ou seja, à instância do direito contra a razão de Estado. O autor afirma que a razão jurídica tenta limitar essa razão de Estado ilimitada nos séculos XVI e XVII. Essa limitação, de toda forma, é extrínseca, pois ela se coloca quando o Estado ultrapassa seus limites.

É no século XVIII em que ocorrerá uma transformação na arte de governar que caracterizará a razão governamental moderna. Ocorre uma alteração no limite

da arte de governar que deixa de ser extrínseco e se torna um limite intrínseco. Pode-se compreender essa limitação intrínseca a partir de algumas questões. Esse limite intrínseco será em torno do excesso de governo, ou seja, a “razão governamental crítica” delimitará o que é excessivo para um governo (Foucault, 2008). “A razão governamental deverá respeitar esses limites na medida em que pode calculá-los por conta própria em função dos seus objetivos e como (o) melhor meio para alcançá-los” (Foucault, 2008, pp.18).

Em torno da limitação do que seria excessivo ao governo que será medida a racionalidade da prática governamental. O autor afirmará que será a economia política, em seus diferentes polos semânticos, que possibilitará a autolimitação da razão governamental, já que ela tem como objetivo o ajuste do crescimento da população aos dos meios de subsistência e se propõe a garantir uma concorrência “ajustada e sempre proveitosa” entre os Estados. Em síntese, diferentemente do pensamento jurídico, a economia política se formou no próprio contexto dos objetivos que a razão de Estado foi consolidando para a arte de governar, ou seja, a economia política segue os mesmos objetivos da razão de Estado e do Estado de polícia. Ao situar as justificativas para a economia política se apresentar como a primeira forma dessa razão governamental autolimitada, Foucault destaca a alteração do critério da ação governamental que substitui a legitimidade pelo sucesso, ou seja, é o sucesso ou o fracasso que se tornam critério da ação governamental – não mais a legitimidade ou ilegitimidade. A esse “novo tipo de racionalidade na arte de governar”, Foucault chama liberalismo e destaca que os limites do poder público serão definidos a partir da utilidade de uma intervenção governamental, ou seja, esses limites serão estabelecidos em função dos próprios objetivos do governo. É inserida a questão da utilidade – ou não utilidade – e ela estabelecerá os limites do poder público de todo o Ocidente. Também a defesa dos direitos do homem será relevante na delimitação das fronteiras das competências do governo. Esses são dois processos distintos, mas não necessariamente excludentes, ou seja, o utilitarismo e o direito público, com histórias distintas, atuam na delimitação dos limites do poder público. São díspares, mas podem ser conectados nessa disparidade a partir da ideia da estratégia que possibilita estabelecer conexões entre dois elementos heterogêneos sem que eles sejam reduzidos a uma unidade (Foucault, 2008).

1.2 Sobre as práticas de governo

Foucault irá contrapor a noção de governo de Maquiavel em *O Príncipe*. Neste, o príncipe é exterior ao seu principado e estabelece relação com aquilo que governa a partir da violência, da tradição. O príncipe exerce seu poder através da força e seu objetivo será manter e proteger seu principado, que é entendido enquanto algo que ele possui, tal seja, o território com seus súditos. Portanto, não há uma relação de conjunto entre território e súditos, a relação do príncipe é de exterioridade, ele não é parte do principado (Foucault, 2013, pp. 410).

A partir da literatura anti-Maquiavel enquanto “um gênero positivo”, Foucault alarga a noção do que é governar, afirmando-a enquanto uma prática, na realidade, são, inclusive, “múltiplas práticas”, exercidas por muitas pessoas. Todos estão dentro do Estado ou da sociedade, mas governa-se muitas coisas, como uma casa, as almas, ou seja, não há apenas uma pessoa a governar, mas são muitos os que governam e muitas coisas a se governar. “O príncipe governando seu Estado é apenas uma modalidade” (Foucault, 2013, pp. 411).

O autor afirmará retomando La Mothe Le Vayer¹ que no cruzamento dessas diversas formas, diversas práticas de governo, há uma específica que é aquela aplicada a todo o Estado. Le Vayer caracterizará três tipologias de governo, “O governo de si, que diz respeito à moral; a arte de governar adequadamente uma família, que diz respeito à economia; a ciência de bem governar o Estado, que diz respeito à política” (Foucault, 2013, pp. 412). Embora a política tenha uma singularidade, aqui, as três formas de poder têm uma continuidade ascendente e descendente, diferentemente da ideia de Maquiavel em que o poder do príncipe estaria em descontinuidade com outras formas de poder. Disso decorre a conclusão de que para governar o Estado se deve saber governar a si mesmo e governar a família, bens e patrimônio. De outro modo, quando o Estado é bem governado, as famílias e os bens também o serão, além dos indivíduos também saberem se comportar adequadamente.

¹ Este autor é utilizado a partir da leitura de Foucault (Foucault, 2013).

Para este autor a questão essencial da arte de governar é responder a seguinte questão: “Como introduzir a economia – isto é, a maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas no interior da família – no nível da gestão do Estado?” E continua afirmando que “A introdução da economia no exercício político será o papel essencial do governo” (Foucault, 2013, pp. 413).

Governar um Estado significará portanto estabelecer a economia ao nível geral do Estado, isto é, ter em relação aos habitantes, às riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma de vigilância, de controle tão atenta quanto a do pai de família. (Foucault, 2013, pp. 413)

E neste contexto o entendimento de governo inclui enquanto objetivo principal o que entendemos como economia hoje.

A palavra economia designava no século XVI uma forma de governo; no século XVIII, designará um nível de realidade, um campo de intervenção do governo através de uma série de processos complexos absolutamente capitais para nossa história. Eis portanto o que significa governar e ser governado (Foucault, 2013, pp. 414).

1.2.1 Sobre o que se governa e com qual finalidade

O governo é uma correta disposição das coisas de que se assume o encargo para conduzi-las a um fim conveniente.

Michel Foucault

Em Maquiavel o que se governa é um território com seus habitantes, mas o território é o elemento fundamental, ou seja, o “próprio fundamento do principado ou da soberania”. No entendimento de Foucault, retomando Guillaume de La Perrière, governam-se coisas, assim sendo, governar se refere a “um conjunto de homens e coisas” e não a um território. São os homens em relação com as coisas. O governo tem uma finalidade, embora também seja necessário ter atenção aos

acontecimentos que estão correlatos, como a morte, as intempéries (Foucault, 2013, pp. 415).

A finalidade do governo em Maquiavel seria o bem comum, o que implicitamente designava respeitar as leis, o que, em últimas consequências, acarretaria na própria manutenção do principado. Assim sendo, sua estrutura seria de circulação em relação a si mesmo (Foucault, 2013, pp. 417).

Em Foucault, no entanto, retomando La Perrière, o governo teria diversas finalidades específicas e ele disporia as coisas para essas diversas finalidades. Portanto, não é o bem comum seu objetivo, mas as coisas dispostas para uma série de finalidades. E aqui, as leis não se confundem com a própria finalidade, a lei é apenas uma tática, dentre outras diversas.

A arte de governar, entre final do século XVI e início do século XVII, encontra sua cristalização que seria uma razão de Estado. Esta teoria da arte de governar foi se consolidando na realidade a partir de suas relações com: o desenvolvimento dos aparelhos de governo, ou seja, os aparelhos de administração; “um conjunto de análises e de saberes” que foram se desenvolvendo desde o século XVI, ou seja, a ciência do Estado; também se relacionou com o mercantilismo.

“o Estado se governa segunda as regras racionais que lhe são próprias, que não se deduzem nem das leis naturais ou divinas, nem dos preceitos da sabedoria ou prudência; o Estado como a natureza, tem sua racionalidade própria, ainda que de outro tipo” (Foucault, 2013, pp.420).

Mas essa arte de governar foi bloqueada no século XVII em função da “primazia do problema da soberania, como questão teórica e princípio de organização política”. O mercantilismo é a primeira racionalização do exercício de poder como prática de governo, é com ele que se começa a constituir um saber sobre o Estado que pôde ser usada como tática de governo. No entanto, ao mesmo tempo, ele bloqueia o desenvolvimento da arte de governo, pois se coloca os mesmos objetivos do soberania, “mercantilismo, assim, procurava introduzir as possibilidades oferecidas por uma arte refletida de governar no interior de uma estrutura institucional e mental da soberania, que ao mesmo tempo a bloqueava” (Foucault, 2013, pp.421).

O desbloqueio da arte de governar ocorre através de um processo geral onde há expansão demográfica e aumento da produção agrícola, mas fundamentalmente é a “emergência do problema da população” que está conectada com o desbloqueio da arte de governar. A este processo estão interligados a ciência do governo e a centralização da economia. Foi fundamental, portanto, um novo entendimento sobre a economia², mais precisamente sua centralização, possibilitada pelo desenvolvimento de uma ciência sobre o governo. E foi também pelo desenvolvimento desta ciência de governo, mas também por uma percepção de problemas específicos da população, que foi pensado e definido o problema do governo. Este problema é pensado, destacado, quantificado e sistematizado de modo que a estatística é a principal referência técnica deste desbloqueio (Foucault, 2013, pp. 423).

1.2.2 A população desbloqueia a arte de governar

Através de três processos a população pôde desbloquear a arte de governar.

Primeiramente, a noção da família no centro da economia é retirada a partir da noção de população, portanto, há uma centralização da economia, fundamental neste processo. A estatística, de outro modo, identificará a regularidade destes problemas da população, ou seja, ela apontará fenômenos da população que são regulares, não estão visíveis através de uma organização familiar, por exemplo, número de mortes. A família deixa de ser o modelo de governo e se torna um instrumento deste. Foucault afirmará, um “instrumento fundamental”, porque a ela será recorrida para se obter coisas da população, como para as campanhas contra a mortalidade, campanhas de vacinação (Foucault, 2013, pp. 425).

Segundo, a finalidade do governo é a população, mais especificamente, “melhorar a sorte da população, aumentar sua riqueza, sua duração de vida, sua saúde, etc”.

² A economia se referia, neste período, a um conjunto constituído pela família e a casa.

A população aparece, portanto, mais como fim e instrumento do governo que como força do soberano; a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça. O interesse individual – como consciência de cada indivíduo constituinte da população – e o interesse geral – como interesse da população, quaisquer que sejam os interesses e as aspirações individuais daqueles que a compõem – constituem o alvo e o instrumento fundamental do governo da população. Nascimento portanto de uma arte ou, em todo caso, de táticas e técnicas absolutamente novas (Foucault, 2013, p. 425-426).

Terceiro, a população também será o objetivo a ser levado em conta de forma a conseguir “governar de modo racional e planejado”. Ocorre que a constituição de um saber sobre o governo está intrinsecamente ligado a constituição de um saber sobre a população ou processos referentes a população.

Foucault afirmará que seu entendimento sobre gerir a população, de acordo com este autor, não significa apenas gerir os processos globais. Ele ressaltará a disciplina como elemento fundamental, pois a gestão da população é profunda e minuciosa. E sustentará que não se trata da substituição de tipos de sociedade, ao contrário a noção de população como alvo e os dispositivos de segurança são mecanismo essenciais nesta arte de governar (Foucault, 2013, pp. 428).

O que gostaria de mostrar é a relação histórica profunda entre: o movimento que abala a constante da soberania colocando o problema, que se tornou central, do governo; o movimento que faz aparecer a população como um dado, como um campo de intervenção, como o objeto da técnica de governo; e o movimento que isola a economia como setor específico da realidade e a economia política como ciência e como técnica de intervenção do governo neste campo da realidade. São estes três movimentos – governo, população, economia política – que constituem, a partir do século XVIII, um conjunto que ainda não foi desmembrado (Foucault, 2013, pp. 428-429).

1.2.3 A ciência do governo

A noção de população surge e, ao mesmo tempo, engendra-se em uma tecnologia de poder.

Foucault ao apresentar a discussão do poder disciplinar enquanto uma prática

de poder que se institui a partir do século XVIII, destitui o Estado de um lugar central e detentor de um poder exclusivo, assim atribui o poder as relações sociais em manifestações disseminadas e capilarizadas. As ações têm enquanto alvo o corpo individual. O que seguramente marca este autor é a ênfase na natureza dispersa e relacional do poder. Seu exercício, portanto, não se dá sobre o corpo social, mas no corpo social. (Foucault, 2013).

No entanto, o que quero destacar para este estudo é o surgimento de uma nova tecnologia de poder que Foucault denominará biopoder. A partir de metade do século XVIII, esse novo tipo de poder, que não suprime o poder disciplinar, mas o embute, tem como alvo o corpo enquanto massa, ou, em outras palavras, um poder que é macro e que afeta os processos da vida, aquilo que se trata do homem enquanto espécie e, portanto, é um poder massificante.

Foucault ressaltará que ambas tecnologias são tecnologias do corpo, porém estratégia do poder disciplinar é “anátomo-política do corpo humano”, ou seja, o corpo individualizado, enquanto que a biopolítica trata da espécie humana, portanto os corpos são colocados nos processos biológicos conjuntos. Assim, surge a noção de população. A tecnologia de poder disciplinar se aplica ao corpo de forma particularizada, o biopoder se aplica a vida enquanto espécie. As preocupações, portanto, são distintas. Agora, os fenômenos que interessam são aqueles relacionados aos índices de natalidade, de mortalidade, as questões conjuntamente definidas (Foucault, 2005).

A estatística de mensuração destes fenômenos entra na definição das intervenções políticas estatais. Esta nova tecnologia exige um conhecimento de onde também se define onde atuará. Em síntese, o que será relevante na biopolítica é sobretudo o conhecimento sobre estes processos, ou seja, previsões e estatísticas. Assim, surgem os mecanismos que este autor denomina de regulamentadores cujo objetivo é estabilizar a população que é irregular e aleatória. Neste processo de regulamentação do indivíduo enquanto espécie não é a singularidade que se coloca como alvo, ao contrário, é a vida biológica. Na regulamentação a ordem é o “fazer viver” (Foucault, 2005).

A morte nesta nova tecnologia de poder não é o alvo, mas a mortalidade sim:

Agora que o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no “como” da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. Ela está do lado de fora, em relação ao poder: é o que cai fora de seu domínio, e sobre o que o poder só terá domínio de modo geral, global, estatístico. Isso sobre o que o poder tem domínio não é a morte, é a mortalidade. (FOUCAULT, 2005, pp. 296).

Este autor também afirmará que a emergência da população, ou seja, a o entendimento de que os homens possuem fenômenos com regularidades constantes, que podem ser numeradas, quantificadas, isso se torna o objetivo do governo, cujo alvo é melhorar a vida, aumentar a expectativa da vida. Isso inaugura um novo momento em que se constitui um saber sobre governar, portanto, há uma passagem da arte de governar para uma ciência de governo, no caso, a ciência política. (FOUCAULT, 2013).

A medicina é fundamental, pois é ela orienta hábitos de vida em uma regulamentação da existência, ou seja, em uma gestão da vida social. No século XX a medicina extrapolou aquilo que seria configurado tradicionalmente como seu domínio, ou seja, os sintomas, o sofrimento, a dor, o mal-estar, enfim, a demanda oriunda do doente. A intervenção médica ultrapassa a doença e a saúde torna-se também seu objeto, desde o ponto de vista individual ao coletivo. De tal forma relevante que "os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma". " O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de resistir o sistema de normalidade" (Foucault, 2010, pp.181).

Portanto, nos últimos decênios, o que poderia se caracterizar enquanto novidade, é não haver exterioridade a medicina. "Poder-se-ia dizer que vivemos em 'Estados médicos abertos' em que a dimensão da medicalização já não tem limite" (Foucault, 2010, pp. 186).

Aqui estabelecemos a conexão com o próximo tópico deste trabalho que refletirá sobre este processo denominado medicalização da sociedade em será possível minuciar o entendimento deste processo e suas implicações para este trabalho. De todo modo, antes de iniciá-lo, julgo útil tonificar alguns elementos das discussões apresentadas até esta parte do trabalho, situando como elas preparam a

entrada do tema deste trabalho.

Primeiramente, uma desestabilização da noção do Estado enquanto autônomo e entidade que centraliza o poder na sociedade. Assim, o Estado pode ser compreendido enquanto uma maneira de se governar. A noção de governamentalidade oferece contribuições, Foucault ao inventariar essa temática colocando as questões políticas em análise a partir de práticas, tipos, maneiras de governar. Assim sendo, partindo do seu entendimento sobre o poder, ele configurará estas maneiras de governar, destacando, inclusive, o surgimento da noção de Estado – ou, nas suas próprias palavras, Estados, no plural – enquanto um acontecimento.

Ele localizará que foi a relação entre segurança, população e governo que conduziu à questão do governo quando resgata as diferentes formas de governar. O surgimento do problema específico da população é um marco neste entendimento.

Foucault afirma que a partir do século XVI e se estendendo até o século XVIII, há um conjunto de tratados que são apresentados sobre a forma de arte de governar. Estes tratados são diferentes dos anteriores que se apresentavam como conselhos aos príncipes de como se comportar diante dos súditos, ou seja, como se exercer o poder, introduzindo “na cidade dos homens a lei de Deus”. A partir do século XVI, o problema do governo está relacionado a questões que estão localizadas na convergência de dois processos: a concentração estatal onde há a instauração de grandes Estados territoriais; de outro lado, a “dissidência religiosa”, ou seja, o questionamento sobre o modo de ser espiritual direcionado à salvação (processo impulsionado pela Reforma e Contrarreforma). É neste contexto que o problema de “como ser governado, por quem, até que ponto, com qual objetivo, com que método é colocado, a “problemática geral do governo em geral” (Foucault, 2013, pp. 408).

Para caracterizar a arte de governar, questão colocada pela literatura anti-Maquiavel, Foucault destacará duas questões: primeiro, outro entendimento sobre o que é governar; depois, também caracterizará um outro entendimento sobre o que se governa. Ambos em confronto com as noções desenvolvidas por Maquiavel em *O Príncipe*.

Foi este o terreno de debates apresentados nesta primeira parte. Através dele almejo sublinhar que, embora o Estado Moderno tenha se forjado enquanto

universalidade, tratou-se de uma construção, não linear, uma construção no plural, capilarizada pelo mundo. Tal construção se deu em torno de um processo de delimitação que possibilitou regram o que é governar a partir de algo chamado Estado. Nesse processo, algumas questões e alguns temas se tornaram alvo do Estado.

Nesse sentido, interessa perceber os argumentos racionais que se colocam para o controle do corpo social. Para além da questão da estatização, o que há de governamentalização do Estado.

Também advém destes debates, um segundo conjunto de elementos que gostaria de mencionar nesse tópico, neste processo de constituição do campo da Ciência Política, consolidou-se uma ideia de que a ação governamental seria gerida pelos “representantes do Estado” que, através do estudo e de uma boa técnica analítica, conseguiriam prever as melhores ações a partir de critérios racionais. Dessa maneira, o que se entende por “representantes do Estado” envolve toda a burocracia e aparato administrativo dos três Poderes, ou seja, não seriam apenas os representantes eleitos. Assim, também incorpora a existência de funcionários públicos que aplicam esses conhecimentos sobre uma população, além dos conhecimentos e técnicas que foram se acumulando no funcionamento dos serviços administrativos (Baptista; Mattos, 2011).

Há o desenvolvimento de uma expertise em torno deste aparato administrativo, expertise que se encontra na confluência da categorização das doenças e dos problemas da população. Subjacente a essa concepção, há uma pretensão de organizar e racionalizar a existência social no Estado e suas instituições. Englobando o político e o econômico, através de um campo técnico, pretende-se totalizante, uma gestão calculada. A política é reduzida a uma função. Nesse sentido, de alguma forma a política estaria despersonalizada e reduzida a uma função, tal seja, a gestão. Um debate que se coloca em torno dessa questão é sobre a submissão do político a técnica (Duhamel; Chatelet; Pisier-Kouchner, 2009).

Neste trabalho, trabalhei com uma perspectiva de constituição da política percebendo-a dinamicamente, ou seja, desnaturalizando a própria concepção de Estado, abandonando o pressuposto de sua universalidade, procurei observar a dinâmica de constituição da Rede Cegonha, entendendo-a enquanto um processo aberto, que dialoga com este entendimento sobre política. Além disso, esta trajetória

de constituição da Rede Cegonha está imerso em um processo de medicalização que será debatido no próximo tópico.

1.3 A medicalização em distintas abordagens

1.3.1 Um processo em diferentes graus

A medicalização, no entendimento deste trabalho, descreve um processo em que condições ou problemas passam a ser definidos e tratados como problemas médicos. Geralmente esta definição ocorre em termos de doença ou desordens. Há uma forte evidência da ampliação significativa da medicalização, porém, ela é entendida enquanto bidirecional, ou seja, pode também ocorrer – e ocorre - *desmedicalização*, isto é, condições previamente inseridas na jurisdição médica, deixam de sê-lo (Conrad, 2007; Santos, 2013).

Não é relevante, neste entendimento, um julgamento sobre a questão dos problemas serem “reais”. Geralmente, a definição de um problema enquanto “real” parte da perspectiva de quem analisa ou de quem tem a autoridade de fazê-lo. Nesta acepção de medicalização o central é a designação do problema em linguagem médica, portanto, definido e caracterizado como tal. Interessa debater as implicações na sociedade destes problemas inscritos na jurisdição médica (Conrad, 2007).

Estudos antigos localizam os médicos como chave para este processo, no entanto, sabe-se que a medicalização envolve outros elementos para além da agregação destes problemas à profissão médica. Portanto, trata-se de uma questão mais complexa que o entendimento de que o aumento de categorias medicalizadas são resultado de uma “colonização médica” (Conrad, 2004; Conrad, 2007).

Alguns estudos têm procurado entender as explicações para este incremento da medicalização. Há uma mudança nesta arena da medicalização. Anteriormente, o

centro estava na influência dos médicos, das leis e descobertas científicas. Peter Conrad descreve os fatores que têm ampliado ou estão associados a este processo, ele aponta a diminuição da religião, uma fé permanente na ciência, racionalidade e progresso, uma dependência crescente nas expertises, além do que ele chama de tendência humanitária nas sociedades ocidentais. Ele afirma também que novos conhecimentos médicos também contribuem para a medicalização da vida. Da mesma maneira, o desenvolvimento de tratamentos com drogas farmacêuticas também pode impulsionar um processo de medicalização de um problema particular. Mas o conhecimento não é o suficiente para determinar a medicalização, ele pode gerar uma reivindicação, mas ela precisa ser definida por quem realiza o diagnóstico, seja o médico, o paciente, advogado, indústria farmacêutica (Conrad, 2007).

Este autor elencará que uma mudança crucial nestes últimos anos é a corporatização, que altera a relação de poder entre médicos e instituições, ou seja, agora também entram os provedores (hospitais, médicos, dentre outros), aqueles que pagam (governo, empresas), os consumidores, as corporações de seguro saúde. O complexo médico-industrial também está mais amplo, denso e intrincado. A publicidade também pode atuar na ampliação da demanda (Conrad, 2010).

Uma questão importante neste entremeio é a tensão entre o acesso restrito a determinados cuidados e a expansão de mercados privados. As seguradoras agem nesse pêndulo restringindo o acesso a soluções médicas (Conrad, 2010).

Podemos afirmar que há graus de medicalização, em que diversas entidades concorrem nas definições das condições e problemas, ou seja, há disputa nestas definições. As restrições para a medicalização também envolvem diversos fatores, tais como, as próprias concorrências nas definições, os custos de assistência médica, os limites de cobertura dos planos de saúde (Conrad, 2007; Conrad, 2010).

Neste íterim, algumas condições estão imersas nestes debates onde estão evidentes disputas pelas definições, em outro lado, existem situações completamente medicalizadas, como o nascimento e a morte.

Assim sendo, a elasticidade das categorias médicas é uma questão para uma compreensão aprofundada deste processo. A questão central está na definição, necessariamente, estes problemas devem ser definidos como problemas médicos para que a medicalização seja configurada.

Uma questão que se se coloca neste processo são os limites entre normalidade e patologia. Eventos da vida são transformados em questões médicas, como a gestação, parto, menopausa, envelhecimento, os limites entre estilos de vida diversos – ou diferentes – e sua patologização são evidentes.

1.3.2 A tirania do diagnóstico

Rosenberg incrementa essa discussão apresentando o debate sobre a tirania do diagnóstico. Este autor afirma que o diagnóstico, embora sempre tenha sido central na prática médica, nos últimos dois séculos tem sido reconfigurado e se tornado ainda mais central, inclusive, com o incremento de técnicas especialmente burocratizadas. Desde o século passado, tanto diagnóstico, prognóstico, como o tratamento estão se tornando mais específicos em termos de categorias de doenças. O que este autor também afirmará é que a noção da especificidade da doença é usada em toda parte para gerir os desvios, racionalizar políticas de saúde, planejar cuidados de saúde e estruturar relações dentro da profissão médica.

Ele afirma que a partir do final do século XX o debate sobre conceitos de doenças são debatidos em público, portanto, os médicos não serão os únicos a participar destas discussões.

Ele argumenta que o poder de definição das doenças pode ser demonstrado por exemplo nas questões administrativas e destacará como nas últimas duas décadas do século XX o sistema de cuidados de saúde controlará os gastos em cuidados de saúde a partir de esquemas burocráticos organizados pela orientações de *guidelines*. Enfim, o diagnóstico estrutura práticas e legítimas relações burocráticas.

O diagnóstico também será fundamental para a relação médico-paciente, para legitimar a autoridade médica e do sistema médico.

Diagnosis is central to the definition and management of the social phenomenon that we call disease. It constitutes an indispensable point of articulation between the general and the particular, between agreed-upon knowledge and its application. It is a ritual that has always linked doctor and

patient, the emotional and the cognitive, and, in doing so, has legitimated physicians' and the medical system's authority while facilitating particular clinical decisions and providing culturally agreed-upon meanings for individual experience. Not only a ritual, diagnosis is also a mode of communication and thus, necessarily, a mechanism structuring bureaucratic interactions (Rosemberg, 2002, pp. 240)³.

O autor defenderá que o diagnóstico define, predita e ajuda a constituir e legitimizar a realidade que ele discerne.

1.3.3 A saudização e saudecização

Ao mesmo tempo, é possível delinear um debate que guarda relação com este, mas tem peculiaridade importante, o *healthism*, assim definido pelo autor Crawford na década de 80. Marcado por uma noção de imperativo da saúde, a busca pela saúde se transforma no próprio *self* e está na característica da identidade moderna, como o autor afirma. Ocorre uma moralização da saúde em que ela se torna um valor primordial (Crawford, 1980).

Este autor afirma que há uma politização da saúde cuja preocupação com estilos de vida e comportamentos de risco está presente, assim como uma nova saúde pública. A noção de risco emerge a partir deste contexto de uma “nova consciência de saúde” que é individual e política.

Armstrong localizará a vigilância médica como algo que penetra a população amplamente, não apenas no hospital. Assim, surgem doenças sociais, tais como tuberculose, doenças venéreas, os problemas da infância, as neuroses, que foram o alvo inicial de novas formas de cuidados de saúde. Porém, é a partir da Segunda Guerra Mundial que há uma expansão de técnicas de monitoramento em que a

³ Tradução: “O diagnóstico é fundamental para a definição e gestão do fenômeno social que chamamos de doença. Ele constitui um ponto indispensável de articulação entre o geral e o particular, entre conhecimento acordado e sua aplicação. É um ritual que sempre liga médico e paciente, o emocional e o cognitivo, e, ao fazê-lo, tem legitimado a autoridade médica e do sistema de saúde, facilitando decisões clínicas particulares e fornecendo significados acordados culturalmente para a experiência individual. Não somente um ritual, o diagnóstico é também um modo de comunicação e, portanto, necessariamente, um mecanismo de estruturação de interações burocráticas”.

ênfase na atenção integral à saúde, atenção primária e comunitária, ou seja, são desdobramentos dos serviços de vigilância como o “screening” e a “promoção da saúde” (Armstrong, 1995, pp.399).

Apresentando o exemplo pioneiro e inovador britânico, o “Pioneer Health Centre at Peckham in south London” afirma que este Centro ofereceu ambulatório para os cuidados de saúde para as famílias locais que optaram por se registrar, porém a ênfase colocada era na observação contínua. A partir de seus edifícios havia uma “observação silenciosa da atividade espontânea dos pacientes”. Todo o desenvolvimento deste centro esteve relacionado a uma tentativa de deixar visível as teias de relações humanas (Armstrong, 1995, pp. 398).

A ascensão da medicina de vigilância contou com a introdução de programas de rastreio nas décadas seguintes a Segunda Guerra Mundial. De todo modo, o *screening* apresentou limites. Em primeiro lugar ele estava concentrado no corpo, ou seja, a triagem estava concentrada em lesões dentro do corpo, ou pro-lesões, portanto, não levava em consideração as “ameaças móveis emergentes” que se situavam na comunidade, que se reconfigurava em novos perigos. Segundo, havia resistência a esta técnica por aqueles que não queriam participar destes procedimentos. Assim, há o surgimento de uma nova estratégia que começa a se desenhar no início do século XX que envolve conferir a responsabilidade da vigilância aos próprios pacientes. Trata-se da estratégia da “promoção da saúde”. Portanto, as preocupações com exercícios, dieta, estresse, sexo são o veículo de encorajamento da comunidade (Armstrong, 1995, pp. 399).

A lesão marcava aquele que é diferente dentro de um sistema binário de saúde e doença. Agora, a partir das técnicas de promoção da saúde, não se trata exatamente de uma relação binária, mas patologização e vigilância. Saúde e doença, agora, estão em uma escala em que pode se tornar sempre mais saudável e saúde e doença podem coexistir.

But such a trajectory towards the healthy state can only be achieved if the whole population comes within the purview of surveillance: a world in which everything is normal and at the same time precariously abnormal, and in which a future that can be transformed remains a constant possibility (Armstrong, 1995, pp.400)⁴.

⁴ Tradução, “Mas essa trajetória em direção ao estado de saúde só pode ser alcançada se toda a população vem dentro do âmbito da vigilância: um mundo em que tudo é normal e ao mesmo tempo precariamente normal, e em que um futuro que pode ser transformado permanece em constante possibilidade”.

Não entrarei nestes meandros, este autor aparece no texto para configurar a existência desta vigilância que se capilariza ao nível individual e confere, portanto, esta atenção especial aos *lifestyles*, mas principalmente detectarei, a partir deste autor, a noção de risco como um lema.

A medicina de vigilância leva a uma nova espacialização da doença, portanto, a relação entre sintoma, sinal e doença é reconfigurada agora em termos de superfície e profundidade, todos são fatores preditivos apontando uma doença no futuro. Assim, o conceito de risco é fundamental. O sintoma e o sinal não significam mais a verdade patológica escondida na doença, “mas o fator de risco abre um espaço potencial de futura doença”⁵.

O sintoma, sinal, a investigação e a doença se conformam em uma cadeia de riscos. O fator de risco inclui uma probabilidade que pode ser calculada. Assim, a vigilância médica envolve questões do espaço extra corporal. “The problem is less illness per se but the semi-pathological pre-illness at-risk state” (Armstrong, 1995, p.401)⁶.

A vigilância se concentra na relação entre as pessoas e uma característica importante é a ênfase na questão da temporalidade de forma que a doença é colocada em um contexto temporal mais largo. O autor sugere que esta característica está relacionada as preocupações do século XX com o problema do desenvolvimento.

The techniques of Surveillance Medicine - screening, surveys, and public health campaigns - would all address this problem in terms of searching for temporal regularities, offering anticipatory care, and attempting to transform the future by changing the health attitudes and health behaviours of the presente” (Armstrong, 1995, p. 402)⁷.

Esta noção de *saudização*, ou *helphism*, não é um sinônimo de medicalização, mas pode ser compreendida como uma forma de medicalização,

⁵ Do original, “but the risk factor opening up a space of future illness potential” (Armstrong, 1995, p. 400).

⁶ Do original, Symptoms, signs, illnesses, and health behaviours simply become indicators for yet other symptoms, signs, illnesses and health behaviours (Armstrong, 1995, p.401).

⁷ Tradução, “As técnicas de Vigilância Medicina - triagem, pesquisas e campanhas de saúde pública - abordariam este problema em termos de procura de regularidades temporais, oferecendo cuidados antecipados, e tentando transformar o futuro, a partir de escolhas de atitudes de saúde e comportamentos de saúde do presente”.

aqui trarei a contribuição da autora Gisela Giannerini dos Santos, elucidando estes processos.

Enquanto a medicalização se caracteriza pela criação de problemas a partir de explicações médicas para questões antes não médicas, a saudecização⁸ se refere a comportamentos já anteriormente delimitados como médicos, para os quais se propõe estilos de vida e intervenções no comportamento. O autor cita o fato de algumas atividades sociais ou comportamentais passarem a ser consideradas riscos médicos, com a diferença de se referirem a condições biomédicas bem estabelecidas e já assim constituídas, como problemas cardíacos ou de colesterol, por exemplo. (Santos, 2013, pp.88).

Estamos e vivemos em sociedades medicalizadas onde o conhecimento médico se estendeu e não há fronteiras. Esta noção de medicalização não está relacionada ao exercício da profissão, mas as formas, as práticas que estão imbuídas à noção de vida, na articulação entre o poder disciplinar e a biopolítica, que envolve a gestão do conhecimento e a racionalidade do discurso científico.

Entre as diferentes abordagens de diversos autores sobre este tema, fato é que a medicalização, para além da medicina, está envolvida na constituição dos modos de vida. A autora Santos, retomando as discussões mais contemporâneas de Nikolas Rose, afirma que é importante sinalizar que isto não se deu de forma homogênea, ou seja, alguns foram mais moldados que outros. Portanto, a análise deste processo deve incorporar esse entendimento. A própria medicina não é uma só, ela não possui uma essência (Santos, 2013, pp. 96-97).

1.3.4 A biomedicalização

Adele Clarke tem apresentado uma discussão sobre uma nova noção, a *biomedicalização*, que incorpora as questões relativas a inovações tecnocientíficas. Esta autora afirma que a medicalização está se intensificando de uma forma mais complexa e imbricada às inovações tecnocientíficas (Clarke, 2003).

⁸ Esta autora está se referindo a uma ideia apresentada por Peter Conrad utiliza o termo *healthicization* traduzido por saudecização.

O processo de biomedicalização está situado dentro de uma dinâmica e expansiva político-econômica e sócio cultural do setor biomédico. Embora seja possível seccionar os eixos de mudanças em organizacional, clínica e jurisdicional e suas contextualizações dentro de um setor político-econômico e sociocultural, estas mudanças são co-constitutivas e simultâneas e elas informam a conceitualização de biomedicalização desta autora e colaboradores.

A premissa é que as ciências e tecnologias são cada vez mais importantes e novas formas sociais são coproduzidas dentro da biomedicina e seus domínios. Ela vai destacar que tais mudanças, que constituem a biomedicalização, são reciprocamente constituídas e manifestas por cinco processos interativos: a constituição político-econômica do que ela denomina “Biomedical TechnoService Complex”; o foco na saúde e a elaboração do risco e vigilância biomédica; a natureza tecnocientífica das práticas e inovações da biomedicina; as transformações da produção do conhecimento biomédico, gestão da informação, distribuição e o consumo; as transformações do corpos de forma a incluir novas propriedades e a produção de novas identidades individuais e tecnocientíficas (Clarke, 2003).

Não serão detalhados cada um destes processos. Para a finalidade deste trabalho, cumpre caracterizar que sua afirmação é no sentido de que a biomedicalização é uma mudança de ênfase, portanto, não há substituição do termo medicalização por biomedicalização. Além disso, a biomedicalização é estratificada, ela incorpora desde a questão do empresariado de boutiques de serviços médicos até a entrada de novas tecnologias de risco e vigilância para a estratificação de cuidados médicos racionalizados. Neste processo, alguns indivíduos, corpos e populações são percebidos enquanto necessitados de mais disciplina e tecnologias invasivas de biomedicalização, por exemplo, pela genética de risco e comportamentos; outros são percebidos enquanto “merecedores” de benefícios customizáveis da biomedicina que são definidos pela sua boa genética, pelas avaliações demográficas, por exemplo, seguro e a renda ou por seus comportamentos compatíveis (Clarke, 2003).

Esta biomedicalização estratifica e aprofunda os contornos da divisão entre aqueles que têm riscos biomédicos e aqueles que não têm.

As transformações envolvidas na biomedicalização são manifestas de diversas formas. Estas mudanças atingem questões macroestruturais, também se

manifestavam através de novas identidades e subjetividades, mas Clarke afirmará que são as transformações em médio nível de novas formas sociais e no nível de infraestruturas organizacionais as principais. Por fim, também mostrará como a biomedicalização é parte de uma transformação em que estão presentes conjuntamente transformações processuais político-econômicas, cultural, organizacional e tecnocientífica (Clarke, 2003, pp.184).

Afirmando que a biomedicalização não envolve “setas de causalidade”, não envolve a relação entre o *bem* e o *mal*. Na realidade ela tem borrado limites e desencadeando novas possibilidades de relações entre público/privado, governo/sociedade, expert/leigo, paciente/consumidor, médico/seguradora, universidade/indústria/estado (Clarke, 2003, pp. 184).

Para finalizar esta primeira parte do trabalho, vou apresentar a citação final de um artigo de Clarke e colaboradores que parecem sintetizar bem uma perspectiva que este trabalho concorda, “We have attempted to elucidate some rich contradictions here in hopes of provoking more democratizing interventions” (Clarke, 2003, pp. 185)⁹.

Donde quero concluir que as críticas a estes processos de medicalização e biomedicalização são importantes, mas não devem ser essencializadas e não significam uma negação da medicina.

Enfim, esse processo não é atribuição de um grupo específico, verticalizado e estruturado em uma única direção em que a medicalização seria um processo de transferência passiva do conhecimento médico-científico. O Estado tampouco é o espaço de centralização deste poder. Trata-se de uma abordagem complexa e multidimensional.

De todo modo, penso que trazer essas discussões contribua para consolidar um terreno onde uma intervenção política pública será estudada, bem como as controvérsias em torno dela. Serão nuançadas questões para o debate a partir destas contribuições iniciais.

⁹ Tradução, “Nós temos procurado esclarecer algumas contradições valiosas aqui, na esperança de provocar mais intervenções democrática”.

2 INVESTIGANDO PELOS INDÍCIOS AO REDOR

Nesse tipo de conhecimento entram em jogo (diz-se normalmente) elementos imponderáveis: faro, golpe de vista, intuição"

Carlo Ginzburg

A afirmação de Ginzburg anuncia os trilhos desta empreitada: "ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a pôr em prática regras preexistentes" (Ginzburg, 1989, pp. 179).

A pesquisa é uma prática social reflexiva e crítica, portanto, necessariamente pressupõe opções e posicionamentos de quem pesquisa. Enquanto prática social, também está situada nas oportunidades e condições locais. Tal como Becker sinalizou, muito embora a busca pelo rigor seja uma tendência geral, em uma pesquisa não é suficiente a redução aos métodos convencionais. A pesquisa não é apenas uma reprodução de técnicas ou procedimentos metodológicos (Becker, 1999).

De outro lado, o método é uma prática real localizada em um contexto específico. Este contexto não aponta para a sociedade em geral, mas a comunidade científica em que esta pesquisa - e não outra - está conectada. Influenciado, portanto, por um conjunto de elementos, tais como as relações sociais e os valores de determinada comunidade científica.

Uma pesquisa, retomando o termo "fiduciário", que Boaventura de Sousa Santos utiliza para descrever a confiabilidade no conjunto de conhecimentos validados em uma determinada comunidade científica, coloca em foco uma questão partindo do pressuposto que todas as demais são verdades, mesmo que saibamos serem verdades convencionadas.

Acredito que trazer Fleck contribua para aprofundar esta perspectiva. Sua concepção de ciência enquanto uma atividade organizada pelas comunidades de pesquisadores, ou seja, a pesquisa enquanto um processo coletivo, contribui para as

reflexões que serão abordadas neste estudo. O trabalho científico, em sua acepção, é um trabalho de um coletivo de pensamento que seria “a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram num situação de influência recíproca de pensamentos”. Ele continua afirmando que nessas pessoas há um estilo de pensamento específico (Fleck, 2010, pp. 82).

Embora ele esteja discutindo a ciência pautado nos problemas da pesquisa microbiológica e reflita sobre especificidades da pesquisa empírica, acredito que a discussão que ele apresenta sobre o conhecimento contribua no desenvolvimento deste trabalho. O conhecimento, para este autor, não é individual ou de uma “consciência em si”, enquanto resultado de uma atividade social, o “estado de saber” ultrapassa os limites dados a um indivíduo. Inclusive, também é determinado por fatores externos a própria ciência. A “atmosfera social” cria uma experiência coletiva. O processo de conhecimento é uma atividade humana que depende das condições sociais e está imerso a um “estilo de pensamento”. (Fleck, 2010)

Quero enfatizar dois aspectos a partir destes apontamentos. Primeiramente, reconhecendo as aberturas contingenciais do processo de pesquisa, o papel do pesquisador cresce, assim, torna-se central que ele dê visibilidade aos passos seguidos pela pesquisa e os apresente de forma que os problemas levantados possam ser analisados e avaliados posteriormente. Trata-se, também, de uma postura ética “dentro do próprio processo de pesquisa” (Spink, 1999, pp. 91).

De outro modo, na trilha da concepção de ciência que Fleck apresenta, quanto mais se elabora um conhecimento mais seus conceitos são imbricados e reciprocamente definidos. Assim sendo, este trabalho está inserido em um campo específico da saúde coletiva e mais especificamente versará sobre saúde reprodutiva, portanto dialogará com conceitos, teorias e pressupostos configurados coletivamente.

Embora saibamos que convencionalmente “a dissecação analítica de métodos, contudo, tipicamente se concentra em apenas algumas das etapas da implementação real de um método, aqueles que melhor podem ser assimiladas ao modelo algorítmico mecânico”, sabe-se que alguns problemas surgem no próprio processo de implementação dos métodos, assim como na interação do pesquisador com o quê ou quem se estuda. “Estes problemas são igualmente permeáveis a análise” (Becker, 1999, pp.27-28).

Este trabalho seguiu um percurso exploratório. As controvérsias ofereceram uma pista de que o estudo da Rede Cegonha poderia contribuir na reflexão e debate sobre a saúde reprodutiva contemporânea.

Essas controvérsias evidenciavam diferenças sobre *o que* deveria ser uma agenda pública de saúde reprodutiva ou, em outras palavras, qual seria uma *boa* política pública. Além disso, também havia uma divergência sobre *o como* se construir uma política de saúde na área da mulher. Nesses debates a própria concepção de *saúde da mulher* e *saúde reprodutiva* estavam em debate.

Neste entrecruzamento de posições, a maneira de demandar *uma* posição, a exigência de *um certo tipo* de posicionamento elaborado de *uma certa maneira*, a polarização que se ensejou nesta arena específica. A política habitualmente evoca conclusões definitivas, análises conclusivas e afirmações categóricas. O contato com os argumentos e os tipos de posicionamentos sobre a Rede Cegonha me ofereceram uma pista de que estudá-la poderia contribuir para refletir sobre questões de saúde reprodutiva e políticas mais gerais.

A existência de conflitos e debates agudos sobre uma política pública - ou uma iniciativa governamental - não é necessariamente uma novidade. Tampouco a emergência dessas discussões significa que tal ação instituída seja relevante ou que ela se materializará enquanto uma política nas diversas localidades no Brasil. Também não significa que ela permanecerá ou será retirada da agenda política do governo.

No entanto, as controvérsias sinalizam o não-consenso, portanto, indicariam a existência de outras formas de se pensar, de se analisar e até mesmo de se construir uma determinada iniciativa. Nesse sentido, ela pode contribuir para colocar em análise o próprio objeto da iniciativa em questão, tal seja, uma política de saúde reprodutiva no Brasil na contemporaneidade, a saber, a *Rede Cegonha*.

Evidenciar o olhar, a opinião, a estratégia daquela e daquele que se opõe seria, de alguma forma, construir o “estranho”, afastar a auto-evidência. Defendendo a investigação de episódios de controvérsia, Shapin & Schaffer defendem que a partir das divergências os atores desempenham um forjar “estranho”. Assim, os adversários desconstroem aquilo tomado como certo, suas verdades e práticas. Suas crenças e práticas podem ser exibidas. O estudo de controvérsia para estes autores podem relevar aquilo que tem sido manipulado e rejeitado pelo

conhecimento em geral. Embora estes autores trabalhem uma controvérsia científica no passado, acredito que as justificativas para um estudo de controvérsia está muito bem situado neste trabalho. Também aqui neste estudo há uma disputa de diferentes padrões de como se fazer as coisas e como se proceder a organização de finalidades práticas (Shapin; Shcaffer, 1985).

Acredito ser relevante sublinhar que o estudo de controvérsia aqui terá como principal objetivo contribuir com essa abertura da análise dessa política, desempenhará um forjar-se-estranho, afastando o método auto-evidente que muitas vezes enclausura a análise de políticas públicas. O estranho se colocará também na perspectiva de sinalizar a existência de alternativas às crenças e práticas muitas vezes naturalizadas.

É necessário destacar que eu mesma fui deslocada de minha posição inicial e certamente este não será um trabalho que optará por um lugar específico das controvérsias analisadas. A complexidade da saúde reprodutiva contemporânea nos coloca questões de múltiplas dimensões.

Portanto, este trabalho seguiu o trilha das controvérsias, optando por uma perspectiva narrativa sobre as mesmas. Assim, investigar as questões que tangenciam, atravessam e, de alguma forma definem a constituição dessa agenda pública governamental de saúde reprodutiva. Os acoplamentos que constituíram essa política e não outra qualquer, ou seja, o conjunto de questões, conceitos e mobilizações políticas que a possibilitaram existir.

Ao optar por estudar controvérsias em torno de uma política, o objetivo era desestabilizar algumas noções sobre uma política pública, portanto, evidenciar alguns pressupostos que nos parecem estáveis, constantes, certos.

No entanto, isso não significa que elas representavam todas as possíveis posições ou divergências em torno deste tema. Tal como assinalado, elas diziam dos conflitos entre governo e algumas feministas que explicitaram suas posições no blog *Viomundo*.

Assim, ao iniciar a trajetória deste estudo, percebi que as controvérsias também funcionam como indícios, mais que objeto da minha pesquisa, elas seriam um tipo de olhar capaz de me possibilitar escapar da posição sem que eu mesma me desse conta. Uma outra forma de se olhar o mesmo objeto, a constituição da *Rede Cegonha*. O fato é que visto de um certo ângulo, apontar a existência de

controvérsias de uma política pública significava evidenciar o conflito. Conflito este localizado, pontual, marginal dentre diversos outros conflitos que poderiam ser assinalados. Alguns diriam uma pequena discórdia. Dar atenção a esta minúcia, significaria uma fusão entre o objeto de pesquisa e uma posição dentro dele mesmo. Não foi este o percurso deste trabalho, ao optar pelas controvérsias, em um novo momento da pesquisa, elas funcionaram como uma performance a ser analisada.

Ginzburg demonstraria o surgimento de um novo modelo epistemológico, ou novo paradigma, que “emergiu silenciosamente das ciências humanas” no final do século XIX. A partir da explicitação do “método morelliano”, o autor explicita características desse novo paradigma definível como semiótico ou indiciário cujo “corpo, a linguagem e a história dos homens foram submetidos pela primeira vez a uma investigação sem preconceitos, que por princípio excluía a intervenção divina” (Ginzburg, 1989, pp. 155).

O italiano Giovanni Morelli, previamente utilizando um pseudônimo, propôs um método para a atribuição da correta autoria de quadros de arte antigos que estariam sem assinatura, repintados ou em mau estado de conservação. Seu método consistiria em observar características mais negligenciáveis e que menos estariam sob influência das escolas a que pertenciam. Lóbulos da orelhas, unhas, dentre outros, seriam a forma mais precisa para se identificar a obra ao respectivo autor. Seu método seria criticado enquanto mecânico, grosseiro e positivista, caindo em descrédito, mas posteriormente retomado enquanto uma atitude moderna em relação à obra de arte, “que leva a apreciar os pormenores, de preferência à obra em seu conjunto” (Ginzburg, 1989).

Morelli teria influenciado Freud nesta “proposta de um método interpretativo centrado nos resíduos, sobre os dados marginais, considerados reveladores. Desse modo, pormenores normalmente considerados sem importância, ou até triviais, ‘baixos’, forneciam a chave para aceder aos profundos mais elevados do espírito humano” (Ginzburg, 1989, pp. 150).

Ginzburg delinea uma analogia entre os métodos Morelli, Freud e Holmes (Sherlock Holmes). “Nos três casos, pistas talvez infinitesimais permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível” (Ginzburg, 1989, pp. 150). Assim, afiança o paradigma indiciário que se afirmaria nas ciências humanas a partir do século XIX baseado na semiótica médica, “a disciplina que permite

diagnosticar as doenças inacessíveis à observação direta na base de sintomas superficiais, às vezes irrelevantes aos olhos do leigo” (Ginzburg, 1989, pp. 151).

O autor sinalizará que este tipo de saber tem raízes muito antigas e retoma os caçadores para localizar sua origem. Eles aprenderam “a farejar, registrar, interpretar e classificar pistas infinitesimais como fios de barba” (Ginzburg, 1989, pp. 151). Este tipo de conhecimento parte de dados negligenciáveis, mas que constrói a sequência narrativa é o observador.

O que caracteriza esse saber é a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar uma realidade complexa não experimentável diretamente. Pode-se acrescentar que esses dados são sempre dispostos pelo observador de tal modo a dar lugar a uma sequência narrativa, cuja formulação mais simples poderia ser ‘alguém passou por lá’ (Ginzburg, 1989, pp. 152).

Mas o autor também supõe que a linguagem da decifração venatória geralmente usa a parte pelo todo, o efeito pela causa, ou seja, um eixo narrativo da metonímia, excluindo a metáfora. De todo modo, embora sejamos atraídos pela força de tomar as pistas dos animais visualizadas pelos caçadores ao pé da letra, ele sugere que as pistas sejam uma metáfora.

Na esteira de Ginzburg, é possível afirmar que as polêmicas em torno da *Rede Cegonha* foram indícios, pistas de um tipo de possibilidade de construir uma sequência narrativa. Aqui, as controvérsias não serão “ao pé da letra”, como se elas traduzissem a condensação do próprio processo de configuração desta política. Também não serão tomadas metonimicamente, ou seja, como se a partir das controvérsias fosse possível compreender todas as posições políticas em torno da saúde reprodutiva no Brasil. Também não serão tomadas como efeito para o encontro de uma causa.

Ao analisar a trajetória de configuração da Rede Cegonha, as controvérsias serão metáforas, como alegorias de um processo político específico. Este processo envolve atores, envolve estratégias e conceitos. A opção aqui é por manter uma atitude, tal como o tipo de saber indiciário afirma. Trata-se de uma atitude orientada para análise dos casos individuais, reconstruídos pelas pistas, pelos sintomas, pelos indícios.

Este tipo de saber também é um tipo de conhecimento indireto, indiciário e conjectural. Enfim, nele subjaz uma contraposição entre a imediatez do

conhecimento divino e o saber conjectural humano, como Ginzburg também assinala. Afirmar-se-á a linguagem da decifração pela metáfora. As controvérsias poderiam ser uma certa dramatização da política.

Neste tipo de conhecimento é o observador que dispõe os dados de modo a constituir uma sequência narrativa. “O que caracteriza esse saber é a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar uma realidade complexa não experimentável diretamente” (Ginzburg, 1989, pp.152).

2.1 Constituindo a arena de estudo

Como já disse na apresentação desse trabalho, a Rede Cegonha foi uma iniciativa governamental anunciada quando da campanha eleitoral para a Presidência da República em 2010. No próximo capítulo será minuciado este processo de constituição desta política. Para este capítulo interessa informar que esta trajetória foi perpassada por diversas críticas construídas por algumas feministas.

No dia 2 de abril, a professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFSC, Clair Castilhos, escreveria um texto no blog *Viomundo*¹⁰ afirmando estar “muito preocupada” com o lançamento da *Rede Cegonha*. A autora também lamenta “ter” que criticar um programa do Ministério da Saúde voltado às mulheres, sobretudo em um momento em que “em que temos um governo presidido por uma mulher com valorosa e digna trajetória política”. Dentre as razões apresentadas ela destaca o fato deste “Programa” parecer “substituir a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)” (Castilhos, 2011)¹¹.

¹⁰ O Blog Viomundo é um endereço eletrônico editado pelo também repórter da Rede Record, Luiz Carlos Azenha. Sua principal característica é ser um ambiente de comentários sobre os fatos políticos contemporâneos. Nas palavras do próprio autor, seu objetivo seria “um espaço dos movimentos sociais e de contraponto à mídia”. Para seus críticos, o blog seria um espaço de reverberação de posições políticas aliadas ao Partido dos Trabalhadores. O site é mantido por doação de assinantes, atualmente na faixa de 30 mil (trinta mil) assinantes contribuem (<<http://www.viomundo.com.br>>).

¹¹ Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.htm>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

Télia Negrão, secretária executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direito Sexuais e Direitos Reprodutivos, em entrevista à jornalista Conceição Lemes, no blog *Viomundo*, afirmou que a Rede Cegonha seria um retrocesso nas políticas com o foco de gênero, saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. Ela ainda afirma:

desde 1983, quando foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher [se chamava PAIMS¹², agora PNAIMS], essa é a diretriz nacional de atenção à saúde das mulheres. Ela prevê que a atenção à saúde reprodutiva das mulheres tem de contemplar as que querem e as não querem ter filhos. Além disso, o Brasil é signatário de documentos internacionais, comprometendo-se com isso (Lemes, 2011a)¹³.

No blog Saúde Brasil, Simone Diniz e Ana Maria Costa escreveriam um texto afirmando “Mesmo ressaltando o mérito em priorizar o acesso aos distintos níveis de atenção à saúde para gestantes, parturientes e nutrizes como marca para a Rede Cegonha, é preocupante o reducionismo na compreensão da saúde da mulher” (Costa; Diniz, 2011)¹⁴.

Esther Villela, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, concederia uma entrevista ao mesmo blog no dia 16 de abril de 2011 em que ela se posicionaria dentro dessa questão. Ao ser questionada sobre qual seria o equívoco da crítica apresentada pela Rede Feminista de Saúde, ela responde:

O equívoco é pensar que a Rede Cegonha vai resumir toda a política nacional de atenção à saúde integral da mulher. O equívoco é achar que a Rede Cegonha é a política nacional de atenção à saúde integral da mulher do Ministério da Saúde. O equívoco é achar que o dinheiro agora só vai para quem está grávida. A Rede Cegonha é uma proposta em construção. Nós sabemos que a sociedade civil, os movimentos feministas têm papel importantíssimo no avanço das políticas de saúde. Nós estamos abertos a sugestões. Na verdade, todas nós queremos a mesma coisa: melhorar a saúde da mulher (Lemes, 2011c)¹⁵.

¹² No blog consta esta sigla PAIMS, mas certamente houve um equívoco na escrita, a referência seguramente é ao PAISM, já mencionado anteriormente neste trabalho.

¹³ 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 01 fevereiro 2014.

¹⁴ Disponível em: <http://susbrasil.net/2011/01/31/retomar-a-construcao-feminista-para-a-saude-da-mulher-anotacoes-para-um-debate/>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

¹⁵ Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/esther-vilela-do-ministerio-da-saudepartos-de-risco-habitual-serao-feitos-por-enfermeiro-obstetrico.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014

A motivação inicial para este estudo esteve na intercepção entre o contorno das argumentações e os próprios atores com suas respectivas estratégias de atuação. Governo, de um lado, e algumas atuantes do movimento feminista, de outro, ofereciam um adorno que parecia interessante o suficiente para uma análise mais aprofundada.

Neste entrecruzamento de posições, o contato com os argumentos e os tipos de posicionamentos sobre a Rede Cegonha me ofereceram uma pista de que estudá-la poderia contribuir para refletir sobre questões de saúde reprodutiva e, especificamente políticas de saúde reprodutiva na contemporaneidade.

Embora esta seja uma iniciativa voltada para o momento do parto e nascimento, é possível evidenciar no pano de fundo dessas discussões visões sobre *políticas de saúde, saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva*.

Permanecer com o objetivo atento de pesquisar as controvérsias em torno da *Rede Cegonha* possibilitou conhecer a existência de outras questões para além da polarização acima anunciada. Em torno da *Rede Cegonha* outros debates estariam evidentes. Em sua órbita estariam gravitando conceitos, estratégias, noções de políticas que valeriam um estudo mais minucioso.

É necessário afirmar que a controvérsia se constitui a partir das falas de algumas mulheres que se afirmam pertencentes do movimento de mulheres. Portanto, é a partir dessa fala, especificamente deste ator, que críticas serão apresentadas a esta iniciativa governamental. Estas divergências são anunciadas desde antes do lançamento oficial da *Rede Cegonha*.

De todo modo, estas críticas foram dialogadas, ou seja, não se tratou apenas de explicitação pública de um posicionamento político por parte de um movimento político. O governo respondeu no mesmo espaço em que as críticas foram anunciadas, ou seja, nos blogs.

É necessário colocar um parêntese. No decorrer deste estudo, eu observei outros tipos de críticas, construídos por outros atores, principalmente relacionadas a operacionalidade da política, porém este não será objeto deste estudo. Se as menciono aqui, o único objetivo é para recortar mais detalhadamente o objeto deste estudo, ou seja, configurar a *arena* que analisarei neste estudo.

Arena é vocábulo que geralmente é utilizado nos estudos de política para delimitar o espaço onde as discussões ocorrem, a *arena* deste estudo não existiu enquanto um espaço institucional delimitado para este fim. O espaço onde as discussões ocorreram foi desenhado neste estudo.

Isso não significa que estes debates não ocorreram, eles existiram e estiveram presentes em diversos locais, apenas não foi possível delimitar um espaço único ou um único procedimento metodológico para este objetivo. Finalizado o estudo, é possível afirmar que estas divergências foram apresentadas em espaços distintos, inclusive, em alguns momentos organizados pelo governo, mas esta pesquisa não percorreu estes locais especificamente por limitações relativas ao tempo e orçamento para sua realização.

A opção foi iniciar este estudo a partir da internet, onde eu mesma tomei contato com a existência das divergências e onde este debate se anunciou dinamicamente. A questão decisiva para optar pela análise dos blogs ocorreu a partir de uma forte suposição, que foi se consolidando na medida em que a pesquisa foi se concretizando, o ciberespaço era o principal espaço de interação dessas controvérsias. Na prática, elas – as *controvérsias* - estavam se desenrolando naqueles blogs, com sua dinâmica e características específicas. A concretude daqueles debates eram evidentes em si, havia muito o que se analisar a partir daqueles textos e daquelas interações. “Assim, contrariamente ao que nos leva a crer a vulgata midiática sobre a pretensa 'frieza' do ciberespaço, as redes digitais interativas são fatores potentes de personalização ou de encarnação do conhecimento” (Lévy, pp. 162, 1999).

Outro motivo por escolher estudar estes blogs foi um limite objetivo que foi se concretizando no desenvolvimento do estudo. Limite este que acabou por reconfigurar o próprio estudo. A opção inicial de estudar a constituição da Rede Cegonha envolveria uma parte de entrevistas com atores que estiveram envolvidos diretamente. Dois problemas ocorreram e colocaram a necessidade de repensar os passos. O primeiro foi a dificuldade de mapear estes atores, o segundo foi localizá-los e contatá-los. As dificuldades relacionadas a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) resultaram em um atraso no início da realização das entrevistas que limitou a possibilidade de realizar um maior número, sobretudo os atores governamentais.

Estas duas questões alteraram o perfil inicial deste estudo que investiria nas entrevistas mais decisivamente. De todo modo, quero argumentar em defesa do formato atual. Não me parece ter prejudicado a abertura de análise das questões que estavam colocados como objetivo deste estudo, ou seja, investigar as controvérsias em torno da Rede Cegonha. Ao contrário, a leitura dos blogs possibilitou a ampliação da abrangência inicial. Para este estudo, ficou nítido que a internet ofereceria contribuições para observar os principais argumentos e as principais estratégias mobilizadas pelos diferentes atores em torno das polêmicas e conflitos relacionados a este tema. Em torno da Rede Cegonha gravitam diferentes atores com diferentes concepções. Iniciar essa pesquisa pela internet possibilitou compreender que também está colocada uma nova forma de participação política.

De outro lado, a internet é ampla o suficiente para oferecer múltiplas possibilidades de entrada no estudo. Na esteira de Pierre Lévy ao falar da nova relação com o “saber”, ele afirma que certamente o ciberespaço não significa que "tudo" pode ser acessado, mas que o Todo está "definitivamente fora de alcance" (Lévy, 1999).

A opção foi realizar diferentes procedimentos metodológicos para esta pesquisa. Primeiramente, percorri controvérsias ocorridas na internet em dois blogs que foram acionados por um perfil de militantes feministas para publicizarem suas posições. Este estudo se inicia, portanto, pelo mapeamento a partir destas controvérsias específicas.

O primeiro campo de estudo foram dois blogs¹⁶ onde ativistas feministas explicitaram opiniões sobre a *Rede Cegonha*. São eles: o blog *Viomundo* e o blog *Saúde Brasil*. A escolha de se estudar estes dois blog materializou-se como a melhor opção.

A partir da leitura dos embates ali delineados, foi possível fazer um mapeamento das principais questões polêmicas. Também foi possível constituir a própria narrativa sobre a política. Foram diversos artigos, textos e entrevistas publicados. No blog *Saúde Brasil*¹⁷ ainda permanecem diversas publicações sobre a

¹⁶ O blog é um sítio que permite atualização rápida. Geralmente é organizado de forma cronológica, mas também oferece possibilidade de diferentes *abas* divididas por temas. São atrativos pela facilidade de manipulação. Aqui não serão debatidas as diferenças entre blog, sítio e outras ferramentas virtuais. A opção de denominar o referido ambiente de blog é para manter a caracterização que o mesmo se coloca como pode ser conferido através do link: <http://www.viomundo.com.br/opiniao-do-blog> e <http://susbrasil.net>

¹⁷ Diferentemente do blog *Viomundo*, que possui uma característica de publicar temas gerais sobre a conjuntura política brasileira, este blog *Saúde Brasil* tem um interesse direcionado a questões de saúde, mais

Rede Cegonha, porém com outros enfoques, agora mais focado no processo de implementação e divulgação da política.

A pesquisa foi realizada a partir do descritor “Rede Cegonha” no campo de *pesquisa* de ambos blogs. Foram encontrados 40 textos no *Viomundo* e 100 textos no blog *Saúde Brasil*¹⁸. Para a finalidade deste trabalho, foi realizada uma primeira seleção a partir dos títulos dos artigos, pois alguns não estavam relacionadas a temática deste estudo, apenas continham a expressão “Rede Cegonha” para outras finalidades que não uma expressão ou informação sobre a política estudada. Os artigos cujos títulos eram inconclusivos com relação ao conteúdo, foram lidos para a correta seleção.

No blog *Saúde Brasil*, 17 textos eram artigos de opinião sobre a Rede Cegonha; 14 artigos que se referiam especificamente a polêmica sobre o lançamento da Medida Provisória 557 (que será descrita adiante); 3 entrevistas (sendo uma delas com a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde); 15 textos que continham informações relevantes sobre a política estudada, mas não denotavam diretamente opinião; 3 textos sobre parto, mas não relacionado diretamente à Rede Cegonha; 48 textos referiam-se a outras temáticas e informações.

No blog *Viomundo*, foram encontrados 40 textos a partir do descritor “Rede Cegonha”. Destes, 10 são artigos de opinião diretamente relacionados a *Rede Cegonha*; 2 entrevistas também relacionadas diretamente a Rede Cegonha; outros 10 se referem a Medida Provisória 557, que recebeu a alcunha *MP do Nascituro* por parte deste setor que se expressou através destes blogs e outras redes sociais; 9 eram artigos de opinião relacionados ao tema *saúde da mulher* ou *direitos sexuais e reprodutivos*, mas não se referiam diretamente a Rede Cegonha.

Alguns destes textos estavam nos dois blog, aproximadamente 10 textos se encontravam nesta situação de duplicidade, o que diminui o quantitativo final de leitura. Ao final, procedeu-se a leitura de todos os artigos, todas as entrevistas que se relacionavam diretamente ao tema, também foram lidos todos os artigos que

especificamente ele trata de questões relacionados ao Sistema Único de Saúde. Ele se tornou um instrumento de militantes em defesa do SUS. Portanto, questões relacionadas a novas portarias, decretos, novidades relacionadas a gestão do SUS geralmente são debatidas neste ambiente virtual.

¹⁸ A primeira busca realizada nestes blogs ocorreu no mês de setembro. Foi procedida toda a análise dos textos com a respectiva análise dos mesmos. Para a finalidade de término da dissertação, no mês de janeiro retornei aos referidos blogs, estes números se referem a esta última busca, procedida no dia 15 de Janeiro de 2014. Não houve qualquer diferença em relação a primeira busca. Portanto, até esta data todos os artigos permaneciam disponíveis online, conforme endereço eletrônico nas “referências” desta dissertação.

estavam indiretamente relacionados. Eles contribuíram para uma análise de contexto da política.

Dentre os materiais encontrados nos blogs, foram utilizados mais decisivamente na dissertação, 12 artigos de opinião, 7 artigos de opinião, 8 entrevistas.

Como o objetivo desta parte do estudo era um mapeamento do tipo de controvérsia apresentada, após uma releitura minuciosa, optei por selecionar alguns textos que refletiam a diversidade de opiniões e atores que se expressaram naqueles dois sítios eletrônicos. Procurei não afastar da diversidade que ali aparecia, mas operei um recorte de forma que não fosse necessário utilizar todo o material - mesmo tendo procedido sua leitura por diversas vezes - na dissertação.

A opção de fazer esta busca mostrou-se alinhavada ao objetivo deste estudo. Percorrer esta busca através destes dois blogs, possibilitou desestabilizar a ideia inicial sobre o próprio contorno das divergências apresentadas. Se inicialmente o foco estava na polarização entre governo, de um lado, e um setor do movimento feminista, realizar essa pesquisa mais sistemática possibilitou a explicitação de divergências também no interior dos movimentos de mulheres e feministas.

No blog *Viomundo* os textos eram bastante homogêneos, tanto com relação as argumentações, quanto pelo perfil de atores. Algumas ativistas têm diversos textos sobre o mesmo tema neste local. Além disso, diferentes militantes da Rede Feminista de Saúde expressaram suas posições através de distintos textos neste blog. Assim sendo, este endereço eletrônico reverberou a posição de um setor do movimento feminista. Embora neste blog também possa ser encontrada duas entrevistas com membros do governo, uma particularmente com a coordenadora da área técnica de saúde da mulher.

No blog *Saúde Brasil* as perspectivas apresentadas pelos textos eram mais heterogêneas, com mais distanciamento entre as principais questões apresentadas. Neste blog tive contato com posições que divergiam entre si sobre a política estudada. Ali também existem relatos pessoais de parto e da vivência da maternidade. A partir deste blog pude perceber que seria necessário pontuar divergências dentro das perspectivas feministas com relação a *Rede Cegonha*.

A leitura deste segundo sítio eletrônico incluiu tinturas interessantes na percepção inicial das controvérsias percebidas. Duas questões foram mais

minuciadas. A primeira delas é que a divergência tal qual eu conheci inicialmente pertencia a um campo específico do movimento feminista. Dentro deste campo, um movimento específico teve destaque, a chamada Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Mas a leitura do segundo blog apresentou-me outros atores que estão em destaque nesse debate: os movimentos pelo parto humanizado; as blogueiras maternistas¹⁹ e o movimento em defesa da vida.

Assim, pude me deparar com uma diversidade de atores, antes não explícitos, estes também anunciam a referida política a partir de suas próprias perspectivas. Visto de outro ângulo, ao me perguntar sobre o que a Rede Cegonha poderia apresentar de novidade na constituição das políticas de saúde reprodutiva, eu responderia que uma das novidades é iluminar a existência destes atores. Posto que já existiam e já estavam no cenário político, a Rede Cegonha os destaca.

Evidentemente, outras questões e outros atores atuam na escolha de uma política de saúde de um governo. Por exemplo, no caso da Rede Cegonha é de conhecimento público que a própria presidenta da República, ainda como candidata, apresentou a *Rede Cegonha* enquanto promessa de campanha. Ela conheceu uma política ainda na campanha eleitoral chamada Cegonha Carioca e gostou do nome e da proposta. A presidenta seria um ator-chave e, neste caso, com elevado poder de decisão.

Neste primeiro momento, o foco deste trabalho foi mapear os debates que gravitam em torno dela a partir destes blogs. Porém, também a partir dos blogs pude conhecer a existência de blogueiras que militam na esfera virtual e que apresentam todo um arvoredo de posições distintas. Por fim, percebi que não realizaria um mapeamento de todas as posições possíveis – nem mesmo todas as posições feministas possíveis - de reflexões sobre a Rede Cegonha.

Finalizada a primeira parte deste campo, ou seja, mapear atores e posições políticas, a escolha das entrevistas também foi a opção de recortar um pouco mais este estudo, optei por preservar o objetivo de colocar em uma análise mais minuciosa uma apresentação da Rede Cegonha e uma posição que a confronta. Não será uma análise completa da Rede Cegonha almejando compreendê-la em todas suas possibilidades, porém ele estudará e analisará a Rede Cegonha a partir de alguns procedimentos.

¹⁹ Utilizo “blogueiras maternistas” genericamente, tal como muitas vezes são mencionadas nas redes sociais.

Inicialmente foi realizada a leitura de textos em blogs, tal como explicitado anteriormente. Aqui quero acrescentar algumas questões sobre a realização de uma pesquisa que tem como um dos seus materiais de análise textos da internet, mais especificamente recolhidos de blogs.

A pesquisa em internet foi se alterando ao longo dos anos. Desde as primeiras em que era uma coisa fora do “espaço da carne” até hoje, “algumas das melhores pesquisas sobre a internet e a sociedade reconheceram que as interações online raramente são exclusivas do mundo online” (Fragoso, 2011, pp.12). De todo modo, os estudos em internet podem partir de diferentes perspectivas. No nosso estudo, os blogs serão entendidos enquanto fonte de pesquisa para a compreensão da constituição da Rede Cegonha. Assim sendo, não analisarei a interação virtual em si, ali há uma dinâmica bem específica de interação que operam uma interconectividade com redes sociais, sítios eletrônicos, de modo que são muitas informações e elas abrem novos conteúdos.

Assim sendo, os blogs serão analisados para que eu consiga acompanhar a posição dos atores com relação à política analisada. Obviamente, embora eu tenha procedido uma leitura organizada deste material, fato é que eu acompanhei essas controvérsias também para além destes dois blogs analisados. Ao longo destes últimos dois anos eu tenho pesquisado ativamente este tema, ou seja, a Rede Cegonha com seus temas correlatos, seja através de redes sociais, seja em sítios eletrônicos, blogs. Na prática, procurei observar e acompanhar a trajetória desta política de diferentes maneiras, mas o ambiente virtual foi um espaço privilegiado. Não é possível afirmar que minha investigação tenha se pautado exclusivamente através da leitura destes dois blogs, pois eu me investi neste tema. Por conseguinte, também me inscrevi em dois canais do *Youtube*, o chamado TVNBR²⁰ e o Canal Saúde²¹, de forma a acompanhar os debates e notícias sobre a Rede Cegonha nestes veículos institucionais. Acompanhar estes dois canais contribui para perceber uma alteração também no perfil dos diálogos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que tem utilizado amplamente os ambientes virtuais. Questões destes canais aparecerão ao longo da dissertação.

²⁰ Descrição deste canal do Youtube “Com a missão de informar e noticiar as ações do Poder Executivo, a TV NBR está no ar desde 1998. Além de cobrir a agenda da presidenta da República, a tevê do Governo Federal é responsável por veicular programas, reportagens especiais e entrevistas sobre políticas públicas. A TV pode ser captada por cabo ou por parabólica, além de ter sua programação retransmitida por emissoras de sinal aberto em várias localidades do País”.

²¹ Canal oficial do Ministério da Saúde do Brasil.

Também percorri outros sítios eletrônicos, particularmente, o blog Zazou publicou uma informação importante sobre a Rede Cegonha durante a campanha eleitoral que aparecerá no próximo capítulo.

A partir deste material coletado na internet, considerei necessário pesquisar Projetos de Lei em torno da discussão sobre o Estatuto do Nascituro, pois ela esteve presente nas controvérsias da Rede Cegonha, mais especificamente no segundo momento das controvérsias.

Do mesmo modo, um outro campo de investigação foram os materiais e documentos oficiais da Rede Cegonha. O Ministério da Saúde possui um link²² onde é possível acompanhar as informações institucionais da política. Para esta finalidade também acessei o portal oficial chamado “Café com a Presidenta”²³. Além destes materiais, o discurso de posse do Ministro Alexandre Padilha foi utilizado, que consta na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde. Também o discurso de Dilma Rousseff e Alexandre Padilha no lançamento oficial da Rede Cegonha foram analisados.

De todo modo, minha pesquisa tem o foco no processo de constituição da Rede Cegonha, os blogs contribuem para compreendê-lo.

Por fim, foram realizadas 4 entrevistas a atores-chave.

A primeira entrevistada foi uma ativista do movimento pela humanização do parto. Esta entrevistada também foi técnica do Ministério da Saúde em diferentes momentos, além de ter contribuído na formulação da Rede Cegonha. Ela também se identifica enquanto ativista do movimento de mulheres.

A segunda entrevistada foi uma ativista do movimento de mulheres envolvida diretamente no questionamento da política desde seu início. Ela participou de espaços convocados pelo Ministério da Saúde para o debate sobre a Rede Cegonha, também explicitou pelos blogs sua posição. Esta entrevistada desde o início questionou esta iniciativa governamental. A entrevista realizada para esta dissertação, mantém os contornos das posições explicitadas através dos blogs.

As outras duas entrevistas foram realizadas a membros do Ministério da Saúde que estão lotados na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), mas não pertencem diretamente a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. No entanto, ambos participaram do processo de gestão desta política a partir de

²² Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>

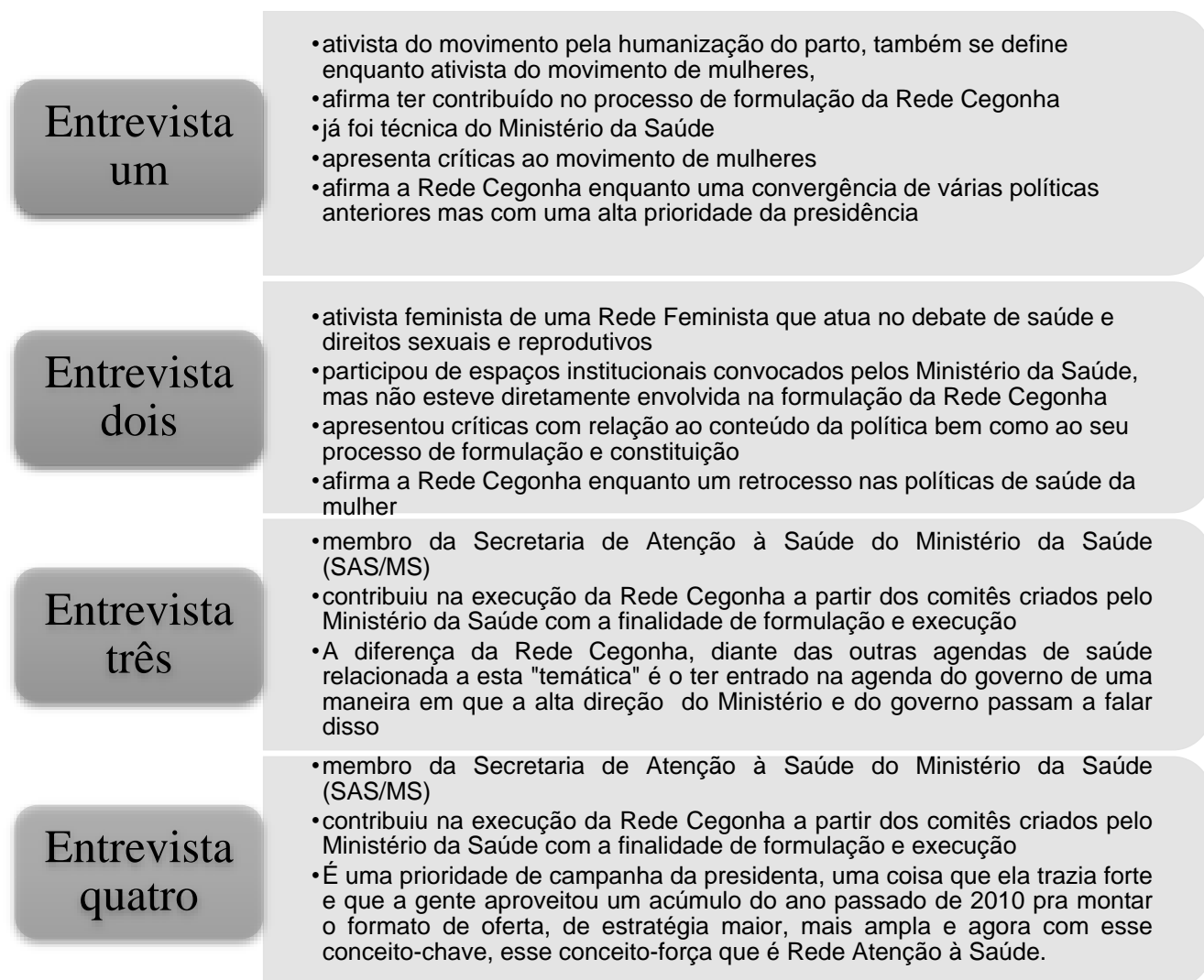
²³ Disponível em: <<http://cafe.ebc.com.br>>

seus respectivos locais de atuação nos espaços institucionais construídos para essa finalidade.

Aqui é necessário uma contextualização do próprio funcionamento da Rede Cegonha. Dentro da concepção de Redes de Atenção à Saúde²⁴ existem comitês de gestão com objetivos diferentes. Ambos membros participaram dos espaços coletivos de formulação e execução da política. Assim sendo, mesmo não sendo diretamente da área técnica de saúde da mulher, são atores-chave e trouxeram questões relevantíssimas na discussão.

No quadro 1, apresento um perfil esquemático das pessoas entrevistadas que poderá contribuir na continuidade deste trabalho. Enquanto um diagrama destas personagens esclareço que não fornece todos os elementos dinâmicos das posições e opiniões. De todo modo, não sendo suficiente afirmar a posição destes atores com relação ao governo, como já mencionado, este esboço é apenas de um traçado, uma espécie de croqui.

²⁴ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde que visa integrar o sistema de saúde de forma a oferecer uma atenção integrada e continuada. Foi instituída através da Portaria Nº 4279, de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010).



Perfil esquemático das entrevistas

É necessário sublinhar que as diferenças de posições neste trabalho não obedecem uma clivagem representantes e representados ou governo e sociedade civil. As posições são mais heterogêneas e mesclam outras referências e relações. Assim sendo, ficará nítido que as posições em torno da Rede Cegonha envolvem falas de mulheres que são atuantes nos movimentos de mulheres ou feministas em ambos lados, ou seja, existem aquelas falas que confrontam a Rede Cegonha e aquelas que a apresentam e, de alguma forma, confrontam as primeiras.

Cabe uma advertência, este trabalho não estuda movimentos de mulheres ou movimentos feministas, ele entrevista mulheres que atuam em movimentos de mulheres e publicizaram uma fala sobre a Rede Cegonha. Portanto, não posso apresentar conclusões sobre movimentos, mas apontarei falas direcionadas a eles,

quando elas aparecem pelas minhas entrevistadas.

Isto posto, a opção deste trabalho será apresentar a Rede Cegonha a partir de dois pontos. A primeira será construída a partir da fala dos meus entrevistados que contribuíram na sua formulação e/ou execução. A segunda será a partir da fala da minha entrevistada que a confronta. Ambas apresentações serão cotejadas pelos documentos públicos oficiais e pelo material encontrado nos blogs.

Porém, a primeira parte contará com uma maior contribuição das entrevistas e documentos oficiais e um menor apoio dos blogs. Na segunda parte, ou seja, na apresentação das controvérsias, os blogs serão mais acionados pois eles foram utilizados amplamente para a explicitação deste posicionamento.

Tal como um *ponto contra ponto*, quero assinalar que ambas apresentações são relevantes para este trabalho. Se tomássemos a música como uma referência, a *nota contra nota* ou o *contraponto* é uma técnica com duas ou mais vozes melódicas compostas. Esta técnica possibilita o compositor elaborar uma espécie de *ironia musical*²⁵. A convenção *contraporística* mais complexa é conhecida como *fuga*, cuja obra *A Arte da Fuga* é uma grande referência. No entanto, também há o estilo *redondo*, comum nas composições folclóricas, onde duas ou mais vozes cantam simultaneamente, sem parar, mas cada voz começa em um momento diferente. Este trabalho seguirá um pouco esse ritmo. Apresentaremos as duas vozes, em momentos distintos, embora elas cantem simultaneamente.

Como o objetivo deste trabalho é empreender um estudo de controvérsia, partindo de um pressuposto metodológico de descrever as ideias defendidas pelos oponentes desta disputa, a proposta será utilizar o mesmo tipo de explanação para os dois lados, procurando não atribuir uma *causalidade* diferenciada aos lados. Tampouco serão aceitas as noções caricaturadas sobre a política, ora como se ela estivesse subsumida a noções técnicas de critérios empírico e lógicos, ora pelas forças irracionais externas, tais como, ideologias políticas, interesses econômicos e crenças religiosas.

Ao acompanhar as posições apresentadas pelo governo e por aquelas que formularam a Rede Cegonha – e as entrevistas contribuem decisivamente - a trajetória da Rede Cegonha é distinta. Sendo este um trabalho que almeja evidenciar a *controvérsia*, a Rede Cegonha será apresentada por essas duas

²⁵ Não foi realizado um estudo sobre teoria musical, estas noções são utilizadas a partir do conhecimento interativo, portanto, é uma apresentação simplificada e não comprometida com referência bibliográficas.

perspectivas. A contestação – ou a controvérsia - também pode estar direcionada a fala do movimento feminista, como uma entrevista evidência. É uma questão de perspectiva.

Assim sendo, chegaremos ao ponto de que este trabalho tem uma ambiguidade intrínseca, ele precisaria *falar e mal falar* da Rede Cegonha ou *dizer e contradizer* a Rede Cegonha. Seria possível ela ser ao mesmo tudo o que se fala sobre ela?

Este é um embate presente, as cenas de suas questões estão abertas. Este trabalho não é um julgamento de posições. Posto que não entenderá esta política apenas pelo lado de quem a instituiu, portanto não assumirá a história enquanto o lado dos vencedores, daqueles que estão no espaço institucional. De outro modo, os posicionamentos *defensores* também não serão considerados de forma caricaturada. Assim sendo, os argumentos serão entendidos enquanto consistentes e relevantes.

A opção é colocar a controvérsia em cena e abordar os elementos que gravitam em torno dela. Está em cena um debate sobre concepções de *saúde da mulher e saúde reprodutiva*, mas também está em cena um debate mais amplo sobre políticas. O que estes atores falaram sobre uma boa política de saúde reprodutiva é o que veremos!

3 O PONTO E O CONTRA PONTO – A REDE CEGONHA EM DIFERENTES PERSPECTIVAS

3.1 O ponto.

Nas próximas páginas pretendo apresentar a política através da fala de pessoas envolvidas na constituição da Rede Cegonha. Sujeitos que estão apresentando uma fala de quem concretizou esta iniciativa governamental, quem a assumiu enquanto uma política de assistência à saúde reprodutiva e se envolveu de alguma maneira neste processo.

Neste capítulo acionarei os distintos recursos metodológicos que foram utilizados na pesquisa, tal como explicitado no capítulo anterior. Utilizarei muito especificamente os blogs, a legislação – e outros materiais e anúncios oficiais, materiais recolhidos da internet, também os entrevistados para esta pesquisa. Estes últimos me apresentam a dinâmica da política na sua concretude, o que destacaram nas suas falas, o que consideram as principais questões sobre este processo de constituição dessa iniciativa governamental. Sou eu quem reconstrói esta narrativa a partir do que é dito. Não penso ser possível expor a Rede Cegonha tal como cada entrevistado a apreende, de todo modo, após as entrevistas é possível reapresentá-la a partir delas. Com diferentes marcações, é possível afirmar algumas questões constitutivas da Rede Cegonha.

Dentre as entrevistas que realizei: dois nomes compuseram a atual gestão do Ministério da Saúde, estiveram na Secretaria de Atenção à Saúde, mas não especificamente na Área Técnica de Saúde da Mulher; uma ativista que hoje é coordenadora de uma importante rede em defesa da Humanização do Parto e Nascimento, foi técnica do Ministério da Saúde e contribuiu no processo de formulação da Rede Cegonha. Esta entrevistada acompanhou desde a transição entre a gestão anterior e a atual, ou seja, entre 2010 e 2011. Ela afirma ter efetivamente participado da formulação da Rede Cegonha, embora não estivesse no Ministério da Saúde formalmente. Meu trabalho também possui uma outra

entrevistada, ativista, que compõe uma importante Rede Feminista, no entanto, ela aparecerá pouco neste capítulo. Dedicarei o próximo ponto deste trabalho inteiramente para explicitação de suas posições mais minuciosamente.

Meus entrevistados estiveram em posições distintas diante da Rede Cegonha. Não consegui entrevistar nenhum ator pertencente a Área Técnica de Saúde da Mulher, porém foram entrevistados dois membros da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que ocuparam um espaço de gestão coletiva da Rede Cegonha. Dentro da noção de Redes de Atenção à Saúde, na qual a Rede Cegonha se insere, existem diferentes espaços institucionais responsáveis por sua gestão. Esses “comitês” envolvem questões de formulação e executivas destas estratégias dentro do Ministério da Saúde. Também existem os chamados Comitês de Mobilização com participação da sociedade civil, mas este não foi meu objeto de estudo. Meus entrevistados da SAS, ambos, estiveram nestes espaços internos do Ministério da Saúde. Portanto, acompanharam os debates desde o início do governo²⁶.

essa pauta esteve presente no planejamento da Secretaria de Atenção à Saúde, então, eu estava participando, então, a Rede Cegonha foi um elemento colocado ali, nos vários momentos de avaliação do nosso planejamento, a gente, da Secretaria de Atenção à Saúde como um todo, este tema era colocado, nas reuniões do colegiado da Secretaria de Atenção à Saúde. [...] Também nas reuniões de monitoramento no gabinete do Ministro, a cada 15 dias a Rede Cegonha era uma das pautas. Então, em diferentes espaços eu pude interagir com essa temática (entrevistado 3)

Esta fala inicial mostra duas questões: primeiro, meu entrevistado participava das reuniões de monitoramento no gabinete do Ministro; segundo que a Rede Cegonha era um tema nestas reuniões.

Apresento a vista de um ponto dessa iniciativa governamental, aquele apresentado por atores que a consideram uma linearidade na constituição das políticas de saúde da mulher. Através desta procurei compreender um pouco mais sobre este processo dinâmico. As Portarias, as normas técnicas e os documentos também são parte deste processo e serão retomados, assim como também serão destacados elementos encontrados nos blogs analisados.

²⁶ O governo iniciou em Janeiro de 2011 com a eleição de Dilma Rousseff para a presidência da República e a indicação de Alexandre Padilha para o Ministério da Saúde.

3.1.1 Uma promessa de campanha

Como já indicamos, a *Rede Cegonha* foi apresentada na campanha eleitoral de 2010 pela então candidata à presidência da República, Dilma Rousseff. Enquanto uma promessa de campanha, ela é anunciada sem seus contornos mais específicos. Ainda no primeiro turno, o blog *Zazou* transcreveu parte da coletiva que a candidata apresentou o que ela denomina “programa:

O atendimento será feito por meio de clínicas da mulher. Já temos clínicas da mulher em alguns estados. Depois é a questão fundamental do parto, ter maternidade de baixo risco e de alto risco. E, na sequência, no tratamento dos primeiros meses da criança é a estrutura de UTIs neonatais com hospitais de referência da criança’, explicou a candidata, lembrando que vai ser avó e esse é um compromisso fundamental que assume com as mulheres (Blog da Zazou gestantes, 2010)²⁷.

No segundo turno ela retornaria a este tema nos programas eleitorais do dia 26 e 27 de Outubro, dentre outras ações, apresentaria a proposta de “criar a Rede Cegonha, atendimento à mãe da gravidez até o primeiro ano do bebê” através da fala de um narrador. Freitas (2013), debruçando-se sobre as imagens de mulheres e agenda de gênero na campanha da Presidenta Dilma, afirma que no segundo turno eleitoral de 2010 ocorreu uma maior polarização entre o candidato José Serra e Dilma Rousseff. Esta autora também ressalta que neste período a candidata – que seria eleita posteriormente – reforçou uma marcação de gênero, que esta característica estaria presente no discurso político de Dilma Rousseff (Freitas, 2013).

Um dos entrevistados desta pesquisa falando sobre a origem da Rede Cegonha afirmou “*do ponto de vista enquanto prioridade é fortemente, sobretudo por conta de uma promessa de campanha da presidenta. A presidenta prometeu que ia abordar essa questão da mulher, da gestante, das maternidades e etc*” (Entrevistado 4).

No discurso de posse do Ministro da Saúde do mandato presidencial de Dilma

²⁷ Disponível em: <<http://zazou.com.br/blog/?p=2988#sthash.mRwRi0fQ.dpuf>>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

Rousseff, Alexandre Padilha, reafirmaria,

Eu quero falar agora de alguns pedidos especiais que a presidenta Dilma me fez. Em primeiro lugar, não podemos perder a oportunidade de, tendo uma mulher como presidente da República, transformarmos como grande prioridade deste ministério, dos gestores estaduais, dos gestores municipais, dos demais ministérios e órgãos de governo, a Saúde da Mulher e da Criança. A presidenta Dilma assumiu ao longo da campanha eleitoral um compromisso de construir no país o que ela chama de Rede Cegonha, que é o esforço articulado de vários equipamentos de saúde, nos vários níveis de atenção (Padilha, 2011).

Em entrevista concedida a colunista Conceição Lemes, presente no blog *Viomundo*, Télia Negrão, ativista que explicita críticas a esta iniciativa governamental, também relataria algumas informações sobre as origens:

Depois, ainda durante a campanha, soubemos que Dilma, em visita ao Rio de Janeiro, conheceu um projeto denominado Rede Cegonha²⁸, um serviço de transporte de grávidas para ganhar o bebê, e se apaixonou pelo nome. Pelo menos, foi a informação que tivemos de dentro da campanha. Soubemos também que os marqueteiros consideraram então Rede Cegonha um bom nome para a proposta da atenção às mulheres no período gestação-parto-puerpério, ou seja, o período gravídico puerperal. De forma que, ao final da campanha já se nota uma tendência à focalização da atenção materno-infantil em vez da atenção integral à saúde das mulheres. Ficou claro que corríamos o risco de nesse governo, frente às pressões dos setores conservadores, ser anunciada uma política com viés reducionista (Lemes, 2011a)²⁹.

3.1.2 O lançamento oficial

Embora a Rede Cegonha já estivesse presente enquanto uma promessa de campanha da então candidata à presidência, Dilma Rousseff, é no dia 14 de março de 2011 que Dilma em seu programa semanal “Café com a Presidenta”³⁰ apresentou

²⁸ Aqui é a entrevistada quem coloca este nome ao projeto. Em outras fontes, que também relataram este encontro da, então candidata, Dilma Rousseff, o nome do projeto seria Cegonha Carioca.

²⁹ 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 01 fevereiro 2014.

³⁰ Os programas “Café com a Presidenta” são programas de rádio que estão disponibilizados em formato de voz e transcrito em um site com o mesmo nome. Em cada programa há uma chamada e

publicamente o que chamou “Programa Rede Cegonha”. O apresentador, Luciano, anunciando o mês de março enquanto mês “dedicado à mulher” interage com a presidenta solicitando que ela antecipe alguns programas que seriam anunciados naquele mês. Dilma, então presidenta da República, inicia o que seria sua primeira divulgação: “Em primeiro lugar, vamos tratar daquele que é um dos momentos mais marcantes da vida de toda mulher: a maternidade”. Assim ela apresenta o “programa” “voltado para o atendimento integral das mães e das crianças desde a gravidez, passando pelo parto até chegar ao desenvolvimento do bebê” (Rousseff, 2011). Ainda no mês de março, no dia 28, o “Café com a Presidenta” seria dedicado exclusivamente ao Rede Cegonha³¹. Neste dia, especificamente, o programa tinha a seguinte chamada “Mulheres vão receber assistência integral da gestação aos primeiros anos de vida do bebê”. Neste dia o apresentador solicita que ela fale mais sobre o Rede Cegonha.

Você [Luciano Seixas, apresentador do programa] sabe que umas das grandes preocupações do meu governo é a assistência à mulher e ao bebê. Um país só pode ser medido pela atenção que dá às suas mães e às suas crianças. A Rede Cegonha é um programa que vai dar atendimento à mulher do início da gravidez até o segundo ano de vida do bebê. Vamos agir bem cedo, sabe por quê? Porque o futuro de uma criança começa muito antes do nascimento dela. Começa na qualidade de vida da mãe, nas condições da gravidez e nas condições do parto. Vamos investir R\$ 9 bilhões até 2014, para garantir um atendimento integral (Café com a Presidenta, 2011b).

O apresentador solicita que ela explique como esse dinheiro será aplicado, ela afirma:

Nós vamos construir uma rede para as mulheres, a Rede Cegonha, ligada ao Sistema Único de Saúde, trabalhando em conjunto com os estados e os municípios. A ideia é a seguinte: no momento em que uma mulher chegar a uma unidade de saúde informando que está grávida ou que suspeita de gravidez, ela vai entrar imediatamente numa corrente de cuidados especiais. Primeira coisa, a gestação vai ser confirmada ali mesmo, sem

uma frase destacada. Este programa, especificamente, está disponível no link: <http://cafe.ebc.com.br/cafe/arquivo/dilma-antecipa-novidades-do-governo-para-as-mulheres>

³¹ Este programa com a seguinte chamada “Mulheres vão receber assistência integral da gestação aos primeiros anos de vida do bebê”, apresentava a seguinte fala da presidenta em destaque, “Um país deve ser medido pela atenção que dá as mães e às crianças”. Disponível em: <http://cafe.ebc.com.br/cafe/arquivo/mulheres-va-receber-assistencia-integral-da-gestacao-aos-primeiros-anos-de-vida-do-bebe>

demora. A mulher vai fazer um teste rápido, aquele que dá o resultado na hora [...]. Hoje, o SUS já recomenda 20 tipos de exames às gestantes. Com o Rede Cegonha, além destes exames, vamos garantir recursos para que 100% das gestantes façam, por exemplo, ultrassom. Se ela tiver uma gravidez de risco, outros nove tipos de exames complementares também terão recursos garantidos. Tudo isso para evitar ou prever problemas futuros e mais graves para a mãe e para o bebê [...]. Para a gestante comparecer a todas as consultas previstas, vamos dar um Vale Transporte. Ao final do pré-natal, se cumprir todas as consultas recomendadas, ela vai receber um Vale Táxi para ir para a maternidade. Assim, a mulher vai estar preparada e vai chegar mais tranquila ao momento do parto. Hoje, a maioria das mulheres, quase 90%, já faz as quatro consultas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, mas nós queremos ir além, que ela faça, pelo menos, seis consultas e todos os exames necessários. Queremos que a mãe seja assistida mais de perto e que ela seja bem informada sobre sua gestação (Café com a Presidenta, 2011, b).

Neste programa, Dilma anuncia diversas ações que seria posteriormente destacar: teste rápido realizado na hora para confirmar gestação; realização de um pré-natal completo (que seria referido como pré-natal de qualidade na sequência) associado ao aumento do número de consultas, mas sobretudo com ênfase na qualidade do pré-natal; ampliação da cesta básica de exames com garantia de resultados; vale transporte e vale-táxi para o deslocamento até a maternidade. Por fim, também ressalta a oferta de ambiente acolhedor, anuncia as “casas da gestante e do bebê”. À pergunta de Luciano “E melhor ainda se for parto normal, não é, presidenta?”, ela responde: “Ah, sem dúvida! Vamos mostrar às mulheres as vantagens do parto normal. É mais saudável, a recuperação é mais rápida e, Luciano, é melhor para o bebê. Mas o fato é que a mulher precisa sentir segurança para chegar confiante ao parto normal”.

Este programa de rádio, obviamente, possui objetivos comunicacionais bastante específicos. Seu formato procura dialogar com o ouvinte, portanto, possui um formato leve, uma comunicação direta. Também não pormenoriza questões relacionadas ao funcionamento da política. Mesmo assim, considere interessante trazê-lo, pois aqui estão anunciados questões centrais desta iniciativa governamental.

No mesmo dia 28 de março - o que seria chamado - ato de lançamento teve toda a decoração de um grande evento presidencial. A cidade escolhida – seja pelo motivo que for - é a mesma em que a presidenta nasceu. Dilma afirmou ter escolhido lançar rede cegonha em Minas Gerais por ter vários avanços na saúde neste estado, mas, sobretudo, porque acredita que lançamentos também devem ocorrer em

estados. E continuando, anuncia que Minas é o coração do Brasil, “quando se lança um programa em Minas Gerais ele dá certo, ele vira exemplo para todo o Brasil”. Belo Horizonte é também o município onde o então Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda, iniciou sua trajetória de gestão. Helvécio foi o foi diretor do Departamento de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1991 a 1993, também foi Secretário de Saúde da prefeitura de Belo Horizonte entre 2003 e 2008. Entre 2007 e 2009, presidiu o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A capital mineira também é a cidade em que Fernando Pimentel foi prefeito. Pimentel também foi candidato ao senado e é pré-candidato ao governo estadual de Minas Gerais nas eleições deste ano. Minas Gerais é o estado de Aécio Neves, um dos adversários da presidenta em seu projeto de reeleição. Fato é que nos corredores do Ministério da Saúde é sabido que Minas Gerais é prioridade, portanto as atenções (programas, ações, incentivos) devem passar por lá.

Os discursos de lançamento estiveram harmonizados à decoração do evento. Alexandre Padilha, ministro da saúde, entou: “estamos colocando nesta Rede não só recursos financeiros, mas, também, toda a força do SUS com o objetivo de priorizar os cuidados às mulheres e às crianças do Brasil” (Padilha, 2011b).

Já Dilma Rousseff em sua fala parece relacionar o programa ao seu projeto de país. Nesta fala, a presidenta apresenta, de alguma forma, seu olhar sobre a desigualdade. Afirmando que este programa faz parte do compromisso que ela assumiu diante de todo o povo brasileiro, de ser a primeira presidenta do Brasil, com a qualidade da saúde no seu país.

Enorme esforço nos 4 anos, garantir continuidade da ampliação do acesso e transformar o SUS em um sistema de alta qualidade, assumo a responsabilidade de levar a saúde que nós queremos para cada um dos brasileiros. Um país começa a medir a suas qualidades no atendimento à saúde pelo serviço que presta as mães e aos bebês, porque as mães são o princípio da vida. Para acabar com a miséria é necessário olhar para esses bebês, que são nosso passaporte para o futuro, representam a possibilidade do Brasil ser um dos países mais ricos no futuro. Não vamos compactuar com a miséria. O lugar onde a desigualdade é mais perversa do que na area da saúde (Dilma, 2011).

Mencionando outros programas lançados, como o câncer de mama e o programa de creches, ela acentua a centralidade deste programa afirmando que

“para acabar com a miséria é necessário olhar para esses bebês, que são nosso passaporte para o futuro, representam a possibilidade do Brasil ser um dos países mais ricos no futuro”. E continua, “Não vamos compactuar com a miséria. O lugar onde a desigualdade é mais perversa do que na área da saúde” (Rousseff, 2011).

Todo o ato de lançamento demonstra um forte apelo propagandístico, tanto pelas frases apresentadas acima, com seus anúncios e ênfase demarcatórios, como toda a decoração do lançamento. A fala de Dilma ressalta uma marca de gênero, aquela que configura a mulher a partir da mãe, valoriza a maternidade e enfoca o binômio mulher-bebê que sinaliza o futuro de um país desenvolvido. É necessário lembrar que no mês de março foram lançados programas para esta mulher, a mãe³².

A metáfora utilizada para este programa que irá tratar das mulheres em um dos momentos mais marcantes de sua vida é *corrente*, que também aparece enquanto sinônimo de *rede*. Enfim, a maternidade estará em uma *corrente de cuidados especiais*.

A partir destas falas de Dilma, os cuidados especiais seriam o teste rápido, a ampliação dos exames; os auxílios-transporte, uma realização do pré-natal de qualidade.

Ao apresentar este ato, quero também sinalizar uma outra questão, o lançamento precede o marco jurídico, ou seja, este “ato de lançamento” antecede a instituição da Portaria que marca oficialmente a política, um esforço de anúncio, um esforço de colocar a política em evidência, de marcá-la, de afirmá-la enquanto uma prioridade política.

3.1.3 A instituição pela Portaria

A Portaria Nº 1.459 de 24 de Junho de 2011 institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os seus três objetivos de forma resumida são: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulheres e criança com foco no parto, nascimento, crescimentos e desenvolvimento até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; reduzir a

³² O dia 8 de março é o Dia Internacional das Mulheres

mortalidade materna e infantil, com ênfase no período neonatal. Para cumprir tais objetivos ela será organizada com base no território, articulando os chamados pontos de atenção à saúde (Brasil, 2011a).

Esta Portaria institui a Rede Cegonha “considerando” alguns marcos previamente estabelecidos, desde questões genéricas como a Lei 8080 até legislações, pactos e compromissos que têm relação diretamente com a gestação, o parto e o puerpério. Aqui, quero destacar algumas dessas considerações,

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos; Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco; Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. (Brasil, 2011)³³.

Assim, em sua portaria está apresentada uma trajetória de inscrição desta iniciativa governamental. Destaca-se este compromisso dos Objetivos do Milênio com o estabelecimento de metas para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

Organizada a partir de quatro componentes, tal seja, Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente possui um conjunto de ações.

No componente do Pré-Natal, além da definição de que será realizado na Unidade Básica de Saúde, também preconiza a “captação precoce da gestante e qualificação na atenção”. O debate sobre a qualificação do pré-natal será apresentado em diferentes momentos. Esther Vilela, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em entrevista a blogueira Conceição Lemes afirma que com a Rede Cegonha se almeja

³³ Não incluo todas as “considerações” da Portaria, aqui destaco as que considero mais relevantes para este trabalho. A apresentação destes pontos aqui não corresponde àquela em que aparece no documento.

fazer diferente para garantir algumas coisas. A primeira delas é um pré-natal de qualidade. A maioria das mulheres faz o pré-natal hoje. Aumentou muito o acesso, estão fazendo, no mínimo quatro consultas. Apesar disso, persiste com uma baixa qualidade em relação àquilo que a saúde da mulher sempre perseguiu. É olhar a mulher de forma integral, um local onde possa trocar experiências, ser protagonista do pré-natal. Então, a gente está propondo uma qualificação do pré-natal para que as mulheres tenham espaço, para se colocar dentro das necessidades que vivenciam nesse momento. E também garantir os exames. Muitas vezes a mulher faz os exames, outras vezes, não faz. Às vezes quando faz, os resultados saem depois de o bebê nascer (Lemes,2011).

Dentre as ações previstas para o componente do pré-natal estão “a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno”. Também “o acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade” está previsto dentro deste eixo; assim como, dentre outros, a “vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico”.

Esther versará nesta mesma entrevista sobre as dificuldades da mulher se transportar com facilidade ao local onde vai dar a luz. Mora longe, em lugares onde é difícil até pegar ônibus. Então, estamos discutindo a possibilidade de viabilizar esse acesso à maternidade.

Um outro componente é o “sistema logístico: transporte sanitário e regulação” em que novamente é destacada a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto através da implantação do que é chamado "Vaga Sempre".

Esta Portaria contribui no sentido de apresentar a articulação desta política com iniciativas anteriores. Quando destaquei os eixos que estão presentes antes dos elementos da Rede Cegonha em si, ou seja, quando foram trazidos aquilo que está na parte introdutória da redação da Portaria, acredito ser relevante destacar duas questões. A primeira é o fato de já terem existido iniciativas anteriores que tratavam deste mesmo objeto, ou seja, gestação, parto e nascimento. Segundo, o compromisso internacional com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Parece, inclusive, interessante que não conste este compromisso nas falas do lançamento oficial da política em Belo Horizonte. O discurso de lançamento coloca um silêncio com relação a esta questão. Obviamente estes compromissos

internacionais poderia não ter muita relevância para este governo, porém ele aparece na Portaria. Além disso, nota-se semelhança entre as questões da Portaria e as metas e ações pautadas nos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”.

3.1.4 Outras portarias, a sífilis e o HIV

Algumas dessas ações seriam posteriormente alvo de Portarias, Notas Técnicas e Orientações específicas³⁴, principalmente direcionadas a Sífilis e ao HIV; dispendo sobre Fluxograma Laboratorial da Sífilis³⁵; testes rápidos para detecção de HIV e Sífilis³⁶; sobre a administração de penicilina nas unidades de Atenção Básica de Saúde³⁷.

Destaco que este trabalho apresenta um processo que é presente, ou seja, a Rede Cegonha está acontecendo neste momento. Algumas destas Portarias são de 2012, outros materiais são do ano de 2013, como o Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes. Não é objeto deste estudo fazer uma análise de todos os materiais e documentos oficiais desta política. Estes documentos serão acionados como complemento no objeto deste estudo.

De todo modo, penso ser relevante destacar, mesmo que sucintamente, as principais medidas alvo de normativas específicas por parte do Ministério da Saúde, pois elas revelam um foco de atuação, no caso desta política, há um esforço específico sobre o problema da sífilis. As portarias dizem isto, mas a fala de meu entrevistado destaca enfaticamente esta questão

O tema da sífilis congênita na gestação, acho também que é um outro que na verdade é ... a sífilis congênita que está em questão né, o que representa para as crianças que nascem com sífilis congênita. Então, isso...

³⁴ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php#>

³⁵ Portaria Nº- 3.242, de 30 de dezembro 2011

³⁶ Portaria MS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012

³⁷ Portaria MS/GM nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011

também acho que passou a se falar disso dentro na discussão da Rede Cegonha, muito fortemente de maneira muito enfática ganhou um espaço maior pra se falar isso. Eu presenciei várias vezes discursos do ministro colocando é a vergonha que é ... que são ... os índices de sífilis congênita no país e a simplicidade, pelo menos do ponto de vista técnico, que seria é ... essa situação. Do ponto de vista de o recurso que eu tenho para diagnosticar precocemente, para prevenir até em algum nível é ... fora , sem falar dos recém nascidos, e também para prevenir com relação aos recém nascidos. Não é algo do ponto de vista das tecnologias duras, muito complexo, do ponto de vista do conhecimento em si muito complexo (entrevistado 3).

Assim, quero destacar um esforço específico em colocar algumas questões no foco dessa iniciativa, ou seja, a sífilis, particularmente, seu diagnóstico e tratamento precoces é um foco da Rede Cegonha. Pode-se afirmar isso pelo esforço operacional que se coloca. O que é sabido é que o exame para diagnóstico de sífilis já estava presente na chamada “cesta básica de exames” mesmo antes da Rede Cegonha. Porém, como já informado, muitas vezes os resultados destes exames não chegavam durante a gestação, então, não era possível realizar o tratamento. O teste rápido para sífilis já era utilizado nas maternidades no momento do parto, o esforço agora é que ele esteja no exame pré-natal na atenção primária. No discurso de Dilma, nas entrevistas de outros membros do Ministério da Saúde, fica evidente que a vontade política é que a partir dos instrumentos de gestão oferecidos pela Rede Cegonha os resultados dos exames cheguem em tempo de uma *qualificação* do pré-natal. De todo modo, com relação a sífilis – e também ao HIV - coloca-se o teste rápido nas unidades de atenção primária, portanto, parece que a sífilis é verdadeiramente um foco, onde se pretende atacar por todos os lados.

O teste rápido para detecção de HIV também será colocado na atenção primária. Existe, inclusive, um Guia orientador para aqueles profissionais que executarão os Testes Rápidos para sífilis e HIV. (Brasil, 2013).

Todo um conjunto de debates acumulados sobre as questões que envolvem realização de testes rápidos de HIV em serviços de saúde já estão presentes e são colocados por ativistas de movimentos sociais dos direitos sexuais. Certamente as questões envolvidas nestes testes rápidos são completamente distintas, não é possível entendê-los conjuntamente.

O tratamento da mulher com sífilis realmente é hoje bastante conhecido e simples, basta uma medicação, tal seja, a penicilina na própria mulher e na criança da mulher infectada. Mesmo neste caso, a *simplicidade* não parece ser a adjetivação

mais adequada. Sífilis e HIV têm em comum o envolvimento de parceiros sexuais no processo de contágio, o que já traz uma complexidade nas ações. Para além disso, são condições distintas com perspectivas de acompanhamento e consequências bastante particularizadas.

Os índices de sífilis congênita são alarmantes e o Ministro parece reconhecer, a partir da fala que apresento do meu entrevistado. Certamente, estes altos índices da sífilis congênita justificam ações específicas, de todo modo, também demonstram que não se trata de uma questão simples.

A ousadia de enfrentar alguns problemas de saúde públicas, colocá-los em foco pode ser bastante interessante, de todo modo, parece-me interessante colocar em reflexão, especificamente, os efeitos das boas intenções dos testes rápidos.

3.1.5 Não tem uma grande novidade

Para meus entrevistados, a primeira questão que eu coloquei foi sobre a participação deles e delas na constituição da Rede Cegonha. Isso já foi apresentado, aqui retomo apenas para destacar que dois entrevistados, os dois membros da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, afirmam que a Rede Cegonha já estava dada quando iniciaram sua participação no governo. Exatamente a entrevistada que não faz parte da gestão do Ministério da Saúde e foi convidada a participar dessa entrevista enquanto atuante em um movimento pela humanização do parto e nascimento afirmou ter participado do processo de formulação da Rede Cegonha. Inclusive, com relação a isso, ela afirma ter sido possível “lançar” a política em um período tão curto (quatro meses após a posse de uma nova gestão)³⁸, pois as pessoas trabalharam intensamente antes desta posse, ou seja, no período de transição (entrevistada 1).

Aqui a entrevistada situa com precisão a trajetória a partir do que ocorre no Ministério da Saúde, mais especificamente na Área Técnica de Saúde da Mulher, ou seja, em termos de políticas públicas, mas construída a partir deste lugar. Assim

³⁸ Em janeiro de 2011, Dilma Rousseff assume a Presidência da República e indica Alexandre Padilha para o Ministério da Saúde.

sendo, ela pontuará ao relatar a Rede Cegonha, que

A saúde da mulher efetivamente no Ministério da Saúde só ganhou, vamos dizer uma projeção maior, a partir de 98, na gestão do Serra com Tânia Lago e aí em 2000 foi lançado o PHPN³⁹. O PHPM ele avançava considerando humanização uma questão de cidadania só para você ter uma ideia a época, se eu não me engano, era algo como duas consultas de pré-natal para cada mulher que fazia parto no SUS. Então, tinha que melhorar o pré-natal. O pré-natal não estava fazendo o seu papel. Já existia a questão da peregrinação. Então, no sentido de incentivar a qualificação, o PHPM [...]. A gente tem determinados problemas e, assim, se investiu muito naquela gestão do PHPN, mas na gestão seguinte surgiram outras prioridades e ficou, vamos dizer, só na continuidade normal. Então, a qualidade da assistência ao parto, o número de consultas de pré-natal por parto no SUS aumentou bastante, mas a qualidade não houve investimento. Não houve investimento na qualificação do pré-natal. Continuava havendo peregrinação, apesar de 2007 ter a Lei 11634 que diz que no início do pré-natal a mulher deve já, vamos dizer, conhecer onde vai parir. E, bem, enfim, a situação. O Ministério tem dessas coisas, né. O Ministério não investiu e estados e municípios nem sempre têm conhecimento de por onde precisariam fazer. **Então, na realidade você está avaliando a Rede Cegonha, ela é uma reedição ampliada do PHPN, ela é uma convergência de várias coisas [...].** A ambiência do parto é algo que surgiu só em 2008 com a RDC 36 da Anvisa, então, **a Rede Cegonha ela vem, vamos dizer, como uma convergência de várias políticas anteriores mas com uma alta prioridade da presidência.**

Esta entrevistada apresenta a Rede Cegonha enquanto uma continuidade de diversas iniciativas anteriores, diferentemente das falas quando do lançamento da política em Belo Horizonte, sobretudo o enfoque da Presidenta Dilma e do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em que a pretensão discursiva demarcava esta política como um marco. Embora a entrevistada também acentue “uma alta prioridade da presidência” como um elemento de novidade, fica nítido que sua formulação, os elementos de concepção da política, bem como os instrumentos de gestão, dialogam com um processo anterior. A apresentação da Rede Cegonha enquanto uma linearidade estabelecida a partir do momento em que nomes ligados – ou mesmo pertencentes – ao movimento de mulheres coordenam a Área Técnica de Saúde da Mulher.⁴⁰ Merece destaque o fato dele se referir a um processo cujo marco é o momento em que José Serra – do PSDB, Partido da Social Democracia

³⁹ PHPN é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

⁴⁰ Esta questão ficará mais detalhada no próximo capítulo, quando a mesma entrevistada relata a composição da Área técnica de Saúde da Mulher, apresentando suas respectivas relações com o que ela define como *movimento de mulheres*. Neste momento do estudo, cumpre destacar que ela marca a trajetória da Rede Cegonha a partir também deste marco que é a entrada do movimento de mulheres – ou nomes ligados ao movimento – na Área Técnica do Ministério da Saúde.

Brasileira - era o Ministro da Saúde. Serra, que foi o principal concorrente de Dilma nas eleições presidenciais em que ela seria vitoriosa e poderia implementar este programa, a Rede Cegonha.

O entrevistado 3 também apresentou sua leitura sobre um processo político que culminaria na Rede Cegonha. O interessante é que para ambos ela seria uma linearidade, ou seja, ela não apresentaria uma ruptura com as perspectivas anteriores de construção de política. De todo modo, ela resulta de um processo político cujos marcos são distintos para cada um destes atores, ou seja, ela é uma continuidade de um processo que se que é percebido distintamente nas falas. Portanto, como e por onde se inicia este processo, serão visões distintas.

Assim, meu entrevistado 3 afirma que a Rede Cegonha não é uma política nova, ao contrário, nas palavras dele, ela estaria em um processo reunindo diferentes lados.

Obviamente que já existe há muitos anos né!? Essa área materno-infantil que é o grande foco da Rede Cegonha, o próprio nome já sugere, é uma área que dentro da saúde pública é...antes do SUS, inclusive. É uma área que historicamente está...é uma das primeiras áreas a ser objeto de algumas iniciativas, né?! Políticas, programas, enfim ... mas é uma área de muito tempo, não só no Brasil, mas no âmbito mesmo internacional, você pega por exemplo as formulações e as iniciativas no âmbito da CEPAL, né, relacionadas ali com o método CENDES/OPS ali você já encontra a área materno-infantil como uma das grandes áreas onde se aplicava a ideia de uma certa mediação técnica na pra definição das políticas é... e aplicação de alguns critérios né transcendência, vulnerabilidade é....pra definir algumas intervenções é...de, de, de políticas em alguns campos...então, essa área já é objeto de iniciativas há muito tempo. De um outro lado, você tem também o movimento social é no campo dos direitos sexuais e reprodutivos que também já é de muito tempo. As áreas técnicas que já lidam com essas temáticas (..) dentro e fora do Ministério, já existem há muito tempo. **Então, não é uma novidade, né. As temáticas que estão ali se você for olhar bem, elas não têm uma grande novidade do ponto de vista do seu conteúdo, né. A grande maioria daquelas coisas já é falada, discutida há muito tempo (Entrevistado, 3).**

Ao mencionar que estas “temáticas” “não têm uma grande novidade” ele reuni os diferentes pontos em um mesmo processo que, na sua visão, culmina na Rede Cegonha. Em sua fala as questões que estão submersas na Rede Cegonha estariam em um processo linear, evolutivo, não havendo distinção ou as distinções não significando diferentes possibilidades de entrada, decisões, opções sobre este tema. Os atores que atuam e as diferentes agendas políticas públicas que

antecederam a Rede Cegonha atuam no processo de constituição da mesma. Na visão dele, não há diferenças de concepções. O que para este trabalho sinaliza diferenças de concepções de saúde da mulher, saúde reprodutiva e saúde sexual. Ao narrar este processo como linear, sem destacar suas diferenças, ao utilizar “área materno-infantil” e incluir esta *temática* de modo genérico ou, mais precisamente, ao deixar de incluir todo um conjunto de debates acumulado em torno da constituição do PAISM, pode-se concluir que este entrevistado está tomando a acepção de “materno-infantil” em uma visão bastante distinta da entrevistada anterior, ou seja, ele parece apresentar uma concepção distinta de saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva. Isto pode ser concluído não apenas pelo uso da expressão “materno-infantil”, muito embora o uso desta expressão por um gestor que está inserido na dinâmica de debates de saúde pública já seja uma sinalização, mas também ao incluir a trajetória da Rede Cegonha em um emaranhado histórico não apontando as diferenças.

A próxima fala da entrevistada 1 contribuirá para enfatizar a diferença entre a entrevistada 1 e o entrevistado 3, demarcando distintas concepções.

Quando essa gestão entrou em 2011, muitas pessoas usavam a expressão materno-infantil. Eu desde o começo disse “gente, toma cuidado! Se vocês não conseguem deixar de usar, usem pelo menos a expressão da seguinte maneira, materna e infantil. São dois sujeitos” (entrevistada 1)

Não quero supor que o entrevistado 3 teria divergências com a entrevistada 1. Neste caso, não interessam as intenções. O fato é que existe um amplo debate acumulado de questionamento a uma perspectiva materno-infantil – ou maternista – e este entrevistado não está centrado nestas questões, este debate não aparece. Para além disso, seu entendimento sobre a instituição da Rede Cegonha é que ela condensa perspectivas que inclui o entendimento “materno-infantil” enquanto um binômio. Assim, está colocada uma diferença de perspectiva. O que parece interessante é que a Rede Cegonha pôde ser apoiada e, se tomarmos minha entrevistada como exemplo, pôde ser formulada por atores de ambas concepções.

Na fala destes dois entrevistados, assim como do terceiro, a Rede Cegonha aparece enquanto uma linearidade do ponto de vista da leitura que fazem sobre a saúde reprodutiva e, especificamente, da constituição de políticas públicas para esta área. A Rede Cegonha também é uma linearidade do ponto de vista da gestão

técnica do Ministério da Saúde, eles afirmam essa linearidade. Inclusive, os acúmulos anteriores de investimento político e técnico, teriam contribuído decisivamente na sua constituição. Porém, este acúmulo tem focos distintos, a Rede Cegonha seria uma convergência com nuances distintas. Assim, minha entrevistada 1 marca uma fala a partir da área técnica de saúde da mulher, mas remetendo ao movimento de mulheres; já meu entrevistado 3 coloca outras trajetórias, deste a política “materno-infantil”⁴¹.

Estes atores têm uma leitura semelhante sobre a priorização política da Rede Cegonha, ou seja, o fato de ela ser uma prioridade da presidência da República é uma “novidade”. Para além disso, a Rede Cegonha é uma *marca de governo*.

3.1.6 Uma agenda de governo, um outro modo de fazer

Com relação a esta priorização política, a Rede Cegonha entrou na *agenda* do governo, isto é uma diferença.

a diferença é que...com esse é...se a gente entender né que ... entrou na agenda do governo, ter entrado na agenda do governo de uma maneira em que a alta direção do Ministério e do governo passam a falar disso. Isso, de fato, no governo Dilma é muito diferente do que estava acontecendo antes. E aí não dá para a gente nem é e nem dá para falar pelo fato de que o governo do PT era antes e continuou sendo PT né, porque o MS começou com a direção do PT, mas ele não a, a .. pelo menos a metade, talvez um pouco mais, mais da metade do governo lula não esteve com o PT o MS. Daí já começa uma diferença importante. Não dá para... Mesmo que tivesse, o PT talvez não tivesse tido é... a mesma ênfase, né... Então, enfim, só estou querendo dizer com isso este status no governo Dilma no Ministério da Saúde de Alexandre Padilha é de fato muito maior do que estava colocado antes né [...]. Acho que do ponto de vista do governo federal tem realmente uma diferença no modo como isso foi tomado né, considerado como prioridade e acho que isso pode ser mapeado pela presença na pauta pública e pela destinação, facilitação, previsão mais clara de recursos voltados para essas iniciativas, recursos financeiros (entrevistado 3).

A entrevistada 1 também afirmará no mesmo sentido,

E, o que a Rede Cegonha traz como sua grande força é o fato que ela é uma proposta da Presidência da República, quer dizer, você tem uma mulher na presidência, que assume essa questão como uma questão séria, importante, né. E, eu acho que isso dá uma outra força para a questão da

⁴¹ No próximo capítulo esse debate será um pouco mais aprofundado

melhoria da qualidade da atenção obstétrica. Isso é um das primeiras coisas que é diferente (entrevistada 1).

A questão da prioridade também aparece na fala do meu entrevistado 4, a presidenta haveria colocado a prioridade em abordar a “questão da mulher, da gestante, das maternidades, etc”. Ele acrescenta um outro elementos, a *operacionalização* desta prioridade ocorre através deste formato das Redes de Atenção à Saúde,

Eu vou falar do que, inclusive, é de conhecimento público. Primeiro a concepção de Redes de Atenção à Saúde não é deste ministério. A portaria é lançada ao apagar das luzes da gestão passada, Portaria de dezembro de 2010. Então, colocou o conceito de redes e foi lá, definiu o que era redes, a parte de pontos de atenção, a parte da logística, enfim. Só que a gestão passada não trabalhava com a perspectiva de Redes de Atenção tão forte, tá!? Ela lançou uma Portaria que define. Só que essa coisa, essa coisa forte que as políticas então deveriam ser formuladas e articuladas na perspectiva das Redes de Atenção no Ministério da Saúde localmente, tá, é uma coisa forte dessa gestão e aí a Rede Cegonha ela era uma, uma, ela, do ponto de vista enquanto prioridade é fortemente é, sobretudo por conta de uma promessa de campanha da presidenta. A presidenta prometeu que ia abordar essa questão da mulher, da gestante, das maternidades, etc e a gente foi é formular essa rede (Entrevistado 4).

Ele afirma não ter sido ele o responsável por formular e pontua o fato de ter sido um “grupo que foi formulando e foi coordenando a execução” para responder a uma prioridade política colocada, “essa prioridade dessa gestão que era lidar com o tema da materno-infantil”, em suas palavras. E também estabelecendo uma conexão com medidas anteriores que contribuíram para a constituição da Rede Cegonha, ele relata,

a gestão passada já tratava do tema tá, com menos centralidade, mas era um aceno importante da SAS⁴², aquele projeto que eu disse que participei , o PQM⁴³, então, a gestão passada sinaliza essa questão como importante, faz todo um processo de apoio institucional, de contato com gestores nas maternidades, gestores municipais e estaduais para discutir o modelo do parto, relação dessa maternidade com o resto da rede, mas como o foco na maternidade né, e aí isso já existia na gestão passada. 2010 todinho assim. E aí na gestão da presidenta Dilma ela coloca esse tema como um tema prioritário pra ela, aí isso ganha uma outra dimensão. A Rede Cegonha se

⁴² Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

⁴³ Programa de Qualificação das Maternidades.

vale e se aproveita em vários aspectos conceituais, teóricos e metodológicos que o PQM, este programa, já trazia, inclusive, muitas pessoas do projeto continuam na área materno-infantil, tá. É, e aí, a Rede Cegonha surge como uma coisa que já era colocada ganha uma dimensão mais prioritária e mais ampla né. **É uma prioridade de campanha da presidenta, uma coisa que ela trazia forte e que a gente aproveitou um acúmulo do ano passado de 2010 pra montar o formato de oferta, de estratégia maior, mais ampla e agora com esse conceito-chave, esse conceito-força que é Rede Atenção à Saúde** (entrevistado 4).

A afirmação deste outro modo de se fazer, também é apresentada pela Esther na entrevista ao blog Viomundo, embora aqui ela ressalte um outro aspecto, o que seria conhecido como a função de apoio, ideia também já existente anteriormente, mas que ganha força na atual gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde,

o que a gente vem de certa forma inovando é como vamos nos relacionar com estados, municípios, serviços, colocando o componente que chamamos de apoio. Apoio é fazer junto, fazer com, para que haja um comprometimento com a mudança das práticas. O que a gente quer é fazer diferente nos serviços. A Rede Cegonha não é fazer mais do mesmo que estamos fazendo, mas fazer diferente para garantir algumas coisas (Lemes, 2011).

Estas falas demonstram uma priorização política sobre esta política, mas também ressaltam o que entendem como novidades em termos de gestão da saúde pública. Pela fala destes atores seriam novos instrumentos de gestão, novas formas de influenciar na organização dos sistemas de saúde. As Redes de Atenção à Saúde são uma estratégia de organização de ações e serviços de saúde de todo o Ministério da Saúde. Elas não estão voltadas apenas à saúde da mulher.

3.1.7 Sobre o/s objetivo/s da Rede Cegonha

O objetivo da Rede Cegonha também é minuciada em algumas falas, comunicando um objetivo comum que me parece estar muito bem localizado nesta assertiva,

o objetivo maior da Rede Cegonha é a redução da mortalidade materno-infantil, tá? Esse é o objetivo maior, é você lidar com uma questão que para o Brasil é muito relevante, ainda tem problema sobretudo quando se fala de

mortalidade materna, né. É lidar, é reduzir essa mortalidade materna e continuar reduzindo mortalidade infantil. Esse é o principal objetivo da Rede Cegonha. Só que aí os objetivos além desse né, são os objetivos que vai ter pra chegar nesse ponto que é mudar modelo de atenção ao parto, nascimento e ao binômio materno-infantil como um todo, né. Você não vai conseguir é, a perspectiva de que você não vai conseguir impactar no indicador de mortalidade materna é somente com recurso a mais e fazendo o mais do mesmo, tá. Há um entendimento de que se você, a gente atingiu um patamar de melhoria desses indicadores a partir do aumento de oferta dos serviços, do acesso a esses serviços, do aumento de recursos, é.. avanços tecnológicos, tecnologia dura, a melhoria da qualidade de vida das pessoas, a o aumento da renda dessas pessoas, Tudo isso enquanto sociedade vai redundar nesses indicadores sensíveis, que a mortalidade materna e infantil. Agora tem uma perspectiva de que se a gente continuar do jeito que tá e só investindo mais recurso, só abrindo mais serviço, sem necessariamente mudar o modelo de atenção que é hegemônico, a gente não vai conseguir impactar de forma contundente nessa mortalidade, tá? Na morbi-mortalidade também, né, porque você pode não ter morte mas você vai ter sequela, você vai ter criança com hipóxia, criança que vai ficar na UTI é desnecessariamente, criança com apgar baixo, criança com paralisia cerebral por conta de hipóxia, você vai ter mães com choque hipovolêmico , mesmo que não tenha óbito, enfim, você vai ter várias coisas que vão acontecer em decorrência desse modelo que você quer evitar, né. Então, essa é a perspectiva da Rede Cegonha. É ao mudar o modelo de atenção e a forma como os serviços se organizam como os serviços se organizam em rede como o modelo de atenção a criança e a gestante é produzido, ao mudar isso, você vai, junto com o repasse de recurso e etc, você vai impactar no objetivo final que é reduzir a mortalidade materna e infantil.

De uma outra forma, Esther também afirma isso em sua entrevista,

Em que se pese todo o esforço dos pactos que foram feitos, tudo o que foi construído desde o PAISM [Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher], nós persistimos com taxas inaceitáveis de mortalidade materna [durante a gravidez ou até 42 dias após o parto] e neonatal. No Brasil, temos 69 óbitos de mulheres por 100 mil nascidos vivos. Além das mulheres que morrem, há aquelas que ficam com sequelas que repercutem no restante da vida delas. Considero uma violação dos direitos humanos das mulheres, que é uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos, por que o parto é uma experiência da sexualidade. Para enfrentar esse desafio, estamos propondo uma série de ações de várias áreas do ministério. Por exemplo, a forma de pactuação entre os entes federados, a questão da contratualização. (Lemes, 2011).

Em nenhuma fala encontrei as questões relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, muito embora, afirmando novamente, as relações pareçam evidentes.

3.2 Discussões iniciais

Há uma narrativa sobre esta política com alguns elementos em comum. Posso afirmar que meus entrevistados localizam a Rede Cegonha enquanto uma linearidade na constituição de políticas de saúde de assistência ao parto e ao nascimento. Minha entrevistada 1 também parece localizá-la enquanto uma continuidade desde o processo de constituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, portanto, também seria uma continuidade na constituição de políticas de saúde direcionada às mulheres. Eles o fazem a partir de perspectivas diferentes, não posso afirmar que exista divergência nas suas falas, mas suas narrativas são distintas, com ênfases diferentes em pontos específicos do que seria a Rede Cegonha. Narrativas que têm em comum o grau de prioridade política assumido pela atual presidência da República na “saúde das mulheres”, “atenção obstétrica” ou na “materno-infantil”, expressões que aparecem ora enquanto sinônimo, ora genericamente.

Na fala do entrevistado 3 ele destaca a trajetória das políticas materno-infantis da saúde pública, assim como também enfatiza as áreas técnicas e os movimentos sociais que debatem direitos sexuais e reprodutivos. A entrevistada 1 também enfatiza a área técnica de saúde da mulher, além do debate sobre transformação do modelo de parto, destacando especificamente o termo “humanizado”, assim, inserindo-se e inserindo a política na trajetória do debate de humanização do parto e nascimento. O entrevistado 2 acrescenta as Redes de Atenção à Saúde enquanto um elemento fundamental na constituição da Rede Cegonha e a localiza enquanto um esforço de superação do problema das altas taxas de mortalidade materna no Brasil. Por fim, todos concordam que a Rede Cegonha é uma prioridade governamental da presidência da república, isto é uma *marca* desta política e uma novidade nesta área. Também há uma concordância sobre a novidade de uma iniciativa governamental estar inserida na concepção de Redes de Atenção à Saúde.

Por fim, aparece a mortalidade materna e mortalidade neonatal enquanto um problema, assim como as repercussões para “o restante da vida delas”. Coloco *um problema* no singular, pois a Rede Cegonha parece localizar desta forma, ou seja, estas duas questões se constituem em um problema. No entanto, a centralidade

parece está focada na mortalidade materna.

Com relação a problemática da mortalidade materna perpassou diversas iniciativas políticas no Brasil. A instituição deste *problema* exige esforços de diferentes conhecimentos. Os esforços de quantificar este problema, de defini-lo, encontrar suas causas, elaborar seus diagnósticos e planificar ações políticas públicas. Tais esforços caminham conjuntamente com os próprios entendimentos do que deveriam ser os desenhos de políticas de saúde.

Assim, aparece muito bem especificado o objetivo, ou em outras palavras, aponta-se um problema específico, este problema é pensado, destacado, quantificado e sistematizado. Aqui pode se perceber a afirmação de Foucault sobre a finalidade do governo ser a população, enfim, “melhorar a sorte da população”, a duração da vida, melhorar a saúde. A população é a finalidade, ao mesmo tempo, exige o desenvolvimento de um conhecimento sobre governar de um modo racional e planejado.

Assim sendo, está colocada uma certa maneira de se organizar este problema para uma finalidade, que podemos afirmar ser “melhorar a sorte da população”, mas ao mesmo tempo, também a noção do *desenvolvimento* entra aqui. A Portaria⁴⁴ nos diz isso de forma bastante nítida, ou seja, fica destacado este compromisso com um parâmetro que se estabelece através de um Pacto Internacional, ou seja, o chamado “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”⁴⁵, mas

⁴⁴ Copiando parte da portaria já mencionada anteriormente, “Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos”; “Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco”. (Brasil, 2011)

⁴⁵ No ano de 2000 ocorreu a *Assembleia do Milênio*, como foi denominada. Segundo informações da própria ONU foi a reunião de chefes de Estados e de governos de maior magnitude já ocorrida. O documento aprovado estabelece metas que devem ser percorridas pelos estados membros da ONU, mais especificamente estipularam 8 objetivos de desenvolvimento para este milênio. A cada objetivo estão relacionadas metas com indicadores de acompanhamento deste processo. Este documento, na prática, consolidou as metas estabelecidas nas diversas conferências mundiais realizadas pela ONU nos anos 90. Assim, estabelece um pacto global que envolve esforços sob diversos aspectos. A diminuição da mortalidade materna está incluída entre os objetivos, é o quinto objetivo do milênio. Assim, essa problemática está incluída neste esforço global de superar a pobreza no mundo. Obviamente, a mortalidade materna não é construída enquanto uma problemática apenas nessa ocasião, o que cumpre destacar é a magnitude deste documento, o que seus efeitos produzem nas dinâmicas de cada localidade. A ONU tem reafirmado os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio enquanto uma prioridade global que “têm mobilizado um grupo enorme de pessoas para lidar com as múltiplas dimensões da pobreza”. Nesse sentido, pode-se perceber que sob a designação de “desenvolvimento” estão anexadas múltiplas metas e a mortalidade materna está dentre elas (United Nations, 2002).

também através de uma comparação com os indicadores dos “países mais desenvolvidos”.

O problema está definido, assim como seu objetivo. Mesmo assim, há um debate sobre os modos de se operacionalizar. Foucault também contribui com esse debate quando localiza o desenvolvimento de uma ciência sobre o governo e o modo de governar racional e planejado. Diferentes iniciativas de desenhos de políticas são construídas de modo a se encontrar àquela que oferecia a resolução do problema. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) parecem caminhar neste sentido, ou seja, detectados os problemas da gestão, a fragmentação dos pontos de atenção dentre outros, há a necessidade de se constituir o modelo que resolva racionalmente e objetivamente as deficiências do sistema.

Neste sentido, parece muito forte a ideia dos exames diagnósticos enquanto um elemento central desta rede que, de outro modo, em outro local, é chamada pela Presidenta da República, de *corrente de cuidados especiais*. Sobretudo a questão da sífilis congênita aparece como um foco bastante explícito desta política.

No entanto, há também debates mais amplos que envolvem um outro conhecimento, o saber sobre a gestação, o parto e o nascimento. Quais as melhores formas de se gestar e parir de modo a evitar a mortalidade? Esta discussão também está aqui presente.

Movimentos e atores políticos constituem saberes que por vezes podem ingressar nas políticas. Este parece ser o caso da Rede Cegonha. A Rede Cegonha afirma um entendimento sobre parto e nascimento. Assim sendo, a partir destas noções gerais já apontadas sobre o que é governar e para que governar, também existem disputas em seu interior. Também neste debate a discussão sobre a medicalização que foi apresentada inicialmente pode contribuir. O parto e o nascimento, conforme já mencionado, são eventos completamente medicalizados, existe, no entanto, um debate sobre quais as melhores intervenções neste momento. Para minha entrevistada 1, a Rede Cegonha está afirmando um posicionamento coerente com o debate sobre a humanização do parto e nascimento.

O fato é que o governo convoca determinados atores para esta formulação, assumindo uma posição de que o enfrentamento da mortalidade materna exige outro modelo de atenção.

Discursivamente, a política se refere a este campo da *humanização do parto e nascimento*. Não é possível fazer um julgamento sobre as reais intenções e sobre as verdadeiras aplicações destes debates. Tampouco almejo definir se a política está de fato *deste lado*, mas ela é apresentada desta forma pela minha entrevistada.

Apresentarei a título de aprofundamento, as discussões que constituem um campo de atuação em torno da defesa da humanização do parto e nascimento. Quero afirmar, localizando este debate, que existe diferentes intervenções médicas relacionadas a estes eventos, intervenções que implicarão diferentes formas de se viver a experiência da gestação e do parto.

Para além disso, diferentes implicações sobre intervenções políticas governamentais, ou seja, quais os tipos de iniciativas se quer fortalecer, legitimar?

3.2.1 Movimento e políticas – humanização do parto e nascimento

Diniz afirmará que sob o desígnio de *humanização* há diferentes sentidos, por exemplo, Jorge de Rezende, professor reconhecido na área de obstetrícia e autor de importante livro utilizado como referências nos cursos de medicina, defendeu que o uso do fórceps e da narcose vieram *humanizar o parto* (Diniz, 2005).

A autora Rosamaria Carneiro ao resgatar as origens do termo parto humanizado afirma que este passa a circular no Brasil na década de 1990 como uma “nova proposta de atenção ao nascimento” em que foi colocada uma crítica ao “sistema médico obstétrico vigente”. Portanto, a caracterização do modelo vigente de assistência ao parto será importante na constituição deste *movimento* (Carneiro, 2011).

A partir do modelo hospitalar que se torna dominante na segunda metade do século XX, o parto ocorre com as mulheres imobilizadas, suas pernas abertas e levantadas, apartadas de seus familiares, objetos pessoais, há um conjunto de procedimentos que se padronizam. No caso brasileiro, é introduzida a episiotomia⁴⁶ como uma rotina (Diniz, 2005).

⁴⁶ A abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina.

Diniz afirma que esta crítica e “demanda por justiça e um programa de mudanças” se desenvolve a partir de diferentes perspectivas em uma tradição que se inicia na década de 50, com profissionais, passa pela chamada antropologia do parto que, no final da década de 70, apresenta a assistência como um construto social, assim como seu caráter ritualístico. Também localizará como a Medicina Baseada em Evidências foi sendo redescrita pela interpretação de ativistas e hoje legítima mudanças de práticas sintonizadas pelos defensores da humanização do parto (Diniz, 2005).

Em torno de debates sobre a humanização está colocada uma perspectiva de mudança na experiência do parto. Algumas dessas questões se concretizaram em reivindicações políticas precisas, como a supressão da episiotomia de rotina, o direito ao acompanhante. Além disso, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) são um documento que as ativistas referenciam para estas mudanças.

A criação da Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento, a ReHuNa⁴⁷ constrói uma articulação mais forte em torno destas demandas. Embora predominantemente de profissionais, também há usuárias. Para a finalidade de debates sequentes, também cumpre destacar que há forte participação dos movimentos de mulheres e feminista (Rattner *et al*, 2010).

Alguns pontos estão presentes na crítica destas profissionais de saúde ativistas, que posteriormente constituiriam a ReHuNa, o não cumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a assistência ao parto, puerpério e saúde materno-infantil; as altas taxas de cesárea e a utilização de procedimentos invasivos como padrão nos hospitais. As críticas estavam baseadas na “medicina baseada em evidências” (Rattner, 2010).

Posteriormente, também investidas do debate da *humanização do parto*, usuárias do sistema privado de saúde também se organizam a partir de uma crítica

⁴⁷ A ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associados em todo o Brasil. Seu objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Esta rede desempenhou um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização da assistência ao parto e nascimento”, que pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez-parto-nascimento-amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico, com base em evidências científicas (Rattner *et al*, 2010).

a prática obstétrica e diversos espaços virtuais são criados para difusão de queixas, relatos de parto e afirmação de “outros modos de parir” (Carneiro, 2011, pp.15).

A internet é hoje a principal forma de ativismo desta rede de atores mobilizada em torno desta causa comum que, de todo modo, é heterogênea. Enquanto movimento, Carneiro sugere que “o movimento do parto humanizado parece ser, nos dias de hoje, plural, heterogêneo e significativo, em primeiro lugar, porque muitos são os profissionais que dele participaram e, em segundo, porque diferentes são suas orientações e suas atitudes” (Carneiro, 2011, pp.16). E, concordando com Diniz, afirmará que o termo humanizado é polissêmico tanto na perspectiva de práticas quanto atores (Diniz, 2005; Carneiro, 2011).

Parir pela via vaginal não é sinônimo de humanização para estas ativistas. Portanto, dentre os diversos termos utilizados, pode ser “parto normal”, “parto vaginal”, “parto natural” estão imersas solicitações de mudança do *modelo de assistência ao parto*, ou seja, em que a mudança de organização dos serviços de saúde e cuidados à gestante e ao bebê. Afirmando a publicação da Organização Mundial de Saúde enquanto um documento “norteador”, a reivindicação se coloca na defesa do protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da medicina baseada em evidências”. (Rattner *et al*, 2010, pp.216-217)

Algumas iniciativas públicas governamentais são instituídas com o objetivo de alterar o modelo de assistência ao parto. Assim, 2000 há o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que realça questões relacionadas a ampliação da assistência, mas, para Diniz, não incorporou os questionamentos às técnicas desumanizadas e sem base na evidência. (Diniz, 2005).

Aqui, antes de finalizar esta parte, quero retomar o debate sobre a multiplicidade de práticas e atores sob o termo *humanização*. Concordando com a autora Simone Diniz,

As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento (Diniz, 2005).

Ao finalizar este ponto, quero destacar alguns vetores que podem ser

localizados bem explicitamente na constituição da Rede Cegonha. De um lado, temos a população como alvo dessas políticas; de outro, temos o desenvolvimento de um tipo de saber sobre esta população; em outro sentido, temos um conhecimento sobre governo, conhecimento racional e planejado; também temos uma noção sobre parto e nascimento. Além disso, esta agenda entra na agenda política da presidência da República, nas palavras do meu entrevistado, “*a presidenta prometeu que ia abordar essa questão da mulher, da gestante, das maternidades, etc*” (Entrevistado 4). Neste processo, alguns atores estão convidados, outros menos. Certo é que a cena do debate sobre parto e nascimento se diversifica. Retornarei a este ponto no próximo tópico.

Ficou evidente que o processo de constituição dessa agenda pública governamental voltada para a saúde reprodutiva envolve atores que foram se legitimando neste espaço, processo que na conjuntura de instituição da Rede Cegonha se evidenciou controverso.

Eu participei de um evento de mortalidade materna em 2012, em que, assim, foram chamadas todas as ex-coordenadoras de saúde da mulher que era para bater no Ministério, mas no fim do evento foi feita uma pactuação do tipo “vamos trabalhar juntos, reconhecemos que esta coordenação traz uma proposta boa para as mulheres” (entrevistada 1)

Uma iniciativa com debates intensos que envolveu atores que circulam em uma arena tão específica quanto habitualmente decisiva na constituição das políticas de saúde da mulher⁴⁸. Minha entrevistada 1 testemunha isso ao mencionar, “*o movimento de mulheres se sabia forte para derrubar um coordenador de saúde da mulher*” (Entrevistada 1). Em outro momento da entrevista ela faz uma afirmação que corrobora com minha avaliação de que as controvérsias envolvidas na Rede Cegonha não cindem governo, de um lado, e movimentos feministas, de outro. Na sequência esta questão será mais aprofundada.

No próximo tópico, pretendo entrar no debate sobre uma outra perspectiva apresentada para essa constituição da Rede Cegonha, a perspectiva de alguém que a questiona, um sujeito político coletivo que a critica. Assim, será possível incluir outros atores nestes processo, além de outras noções. Ao final, poderemos

⁴⁸ Esta questão será melhor aprofundada no próximo capítulo.

confirmar a hipótese de que debater estes dois pontos, ou estes dois lados, contribui para se observar este processo mais amplamente. Será possível elaborar um mapeamento esquemático de atores e noções presentes.

3.3 O contra ponto

As críticas apresentadas à Rede Cegonha iniciaram antes mesmo de seu lançamento oficial, como já mencionado. Neste tópico o objetivo será apresentar as principais questões expressas por aquelas que confrontaram a política. Como já mencionado, não será possível apreender todas as questões, tampouco todas as possíveis questões, mas serão percorridas aquelas críticas apresentadas nos ambientes que esta pesquisa investigou, já mencionados no segundo capítulo.

Neste tópico procurarei destacar os pontos apresentados pelas falas das feministas que criticaram a política. Procuo destacar as questões mais fortes, aquelas que geraram mais movimentos, que puderam ser investigadas e acompanhadas a partir das opções metodológicas deste estudo.

Outras posições serão cotejadas com a finalidade de situar a existência de um processo que foi dialogado, envolvendo, portanto, respostas e novos enfrentamentos. De todo modo, meu objetivo é apresentar a divergência anunciada. É um empreendimento arriscado, necessariamente esquemático. E seguramente uma leitura particular, possivelmente outro a observar destacaria ainda outros elementos. De todo modo, seguramente estes são pontos fortes do debate e não poderiam deixar de aparecer. Certamente contribuirá para o objetivo de analisar essas controvérsias enquanto um cenário, ou seja, elas mesmas nos dizendo sobre a política.

Destaco, neste tópico, dois momentos destas controvérsias. Cada um deles, conforme já mencionado, há um núcleo central de debates. O primeiro momento, que abre as discussões, refere-se aquele que circunda seu lançamento. Neste, o núcleo central de debates apresentado pelas ativistas é sobre o *reducionismo* da política. O segundo momento inicia com o lançamento da Medida Provisória 557, a

principal questão que será debatida se refere a interferência dos grupos religiosos no cenário político, mais especificamente na instituição da política de saúde reprodutiva no Brasil.

O “núcleo central dos debates” que serão analisados nesta parte estiveram presentes nestes dois momentos, porém, o foco central de cada momento foi diferente, como apresentado no parágrafo anterior. Assim sendo, apresentarei os debates seguindo essa divisão dos momentos, apenas para dar linearidade e conseguir aprofundar um pouco cada um destes elementos.

Também já foi mencionado, que a própria anúncio sobre a Rede Cegonha e, portanto, sua conceituação, o que seria destacado enquanto seus elementos fortes, aquilo que apresenta de novidade está inserido na divergência, ou seja, a própria narrativa sobre esta iniciativa política governamental é um conflito. Aqui apresento a narrativa deste outro ator envolvido neste processo, almejando não caricaturá-la, tampouco estabilizá-la.

3.3.1 “Eleger e instituir uma Política única de Atenção Integral à Saúde das Mulher”

Data do dia 30 de Janeiro de 2011 um texto público no *Blog Saúde Brasil* com o título “Retornar a construção feminista para a saúde da mulher: anotações para um debate” em que as autoras *Ana Maria Costa e Simone Diniz*⁴⁹ argumentavam sobre a necessidade de “eleger e instituir uma Política única de Atenção Integral à Saúde das Mulheres⁵⁰”.

Pelo reconhecimento da importância da abordagem da integralidade referida ao conjunto das necessidades em saúde é que alertamos sobre a insuficiência do foco na saúde materna que é o objeto da Rede Cegonha. Mesmo ressaltando o mérito em priorizar o acesso aos distintos níveis de atenção a saúde para gestantes, parturientes e nutrízes como marca para a

⁴⁹ Ana Maria Costa é atualmente presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), foi coordenadora nacional do PAISM entre os anos de 1985 e 1987, defendeu sua tese de doutorado em 2004 sobre a atenção integral a saúde das mulheres. Simone Diniz defendeu sua tese de doutorado sobre a humanização da assistência ao parto em 2001, é professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da USP.

⁵⁰ A Política de Atenção Integral a Saúde das Mulheres foi instituída na década de 80 e foi considerado por ativistas do movimento de mulheres um “marco” na constituição de política de assistência à saúde da mulher. Este processo será retomado ao longo deste capítulo.

Rede Cegonha, é preocupante o reducionismo na compreensão da saúde da mulher. Entendemos que a abordagem da saúde materna no contexto da Política Integral de Saúde das Mulheres deve contemplar o conjunto das necessidades das mulheres, não só durante a gravidez e amamentação (Costa; Diniz, 2011).

Ainda advertindo sobre os possíveis efeitos da Rede Cegonha, elas afirmaram:

A Rede Cegonha como marca da política de saúde reprodutiva pode representar uma violência institucional às mulheres que, mesmo grávidas, não querem levar a gravidez adiante. As evidências são exuberantes quanto ao aborto como uma questão para a saúde pública, compondo importante causa da morbimortalidade materna. É justificativa suficiente para que esse tema do aborto seja enfatizado na agenda da saúde das mulheres. Imprescindível que o SUS adote iniciativas para a humanização da atenção ao aborto, independente de ser um aborto espontâneo ou provocado. Os serviços de saúde não podem julgar e penalizar as mulheres como vem sendo feito. É necessário uma mudança cultural nos serviços, nos profissionais de saúde e na opinião pública, pois boa parte das mortes por causa do aborto ocorre em serviços onde as mulheres são muitas vezes sujeitas a negligências e abusos (Costa; Diniz, 2011).

Ao recuperar a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, *PAISM*, enquanto uma referência para esta necessidade, elas ressaltaram,

O *PAISM* parte de um diagnóstico ampliado das necessidades e demandas das mulheres, em todas as suas fases e ciclos de vida e propõe atenção composta de ações para: contracepção, aborto, climatério, sexualidade, pré-natal, parto, puerpério, envelhecimento e doenças crônicas em mulheres, câncer ginecológico e de mamas contemplando a promoção da autonomia das mulheres e, por isso, valorizando as ações educativas como estratégia de empoderamento (Costa; Diniz, 2011).

Ainda com relação a este texto, as autoras apresentam um debate sobre a necessidade de avançar na construção de “uma agenda feminista da saúde materna”,

Sem dúvida que esse é um campo que precisa ser mais politizado que inclua, por exemplo, o combate a medicalização, a iatrogenia, a violência e a insegurança do cuidado. Portanto, a garantia do direito ao acesso é muito diferente da garantia do direito a saúde quando a assistência é sem qualidade, muitas vezes agressiva, pouco efetiva e insegura. É necessário garantir mudanças na assistência hospitalar para as mulheres cuja presença é significativa nas internações do SUS, não apenas por parto ou causas relacionadas ao tema da

saúde sexual e reprodutiva. (Costa; Diniz, 2011).

Este texto é publicado em janeiro de 2011, mês em que ocorreu a posse da primeira presidenta da República no Brasil. A Rede Cegonha foi anunciada na campanha eleitoral, porém, neste momento ainda não havia ocorrido seu lançamento oficial. Portanto, embora este texto contraponha pontos específicos da Rede Cegonha, confrontando uma concepção de focalizar uma política exclusivamente na saúde materna, ele pautava uma posição sobre o que deveria ser a agenda de saúde da mulher, neste caso, deveria ser *uma* política de saúde da mulher. É isto que aparece nesta afirmação,

As necessidades de saúde das mães (inclusive grávidas ou nutrizes) são iguais às das demais mulheres em idade reprodutiva (contracepção, aborto, sexualidade, ações educativas HIV, violência, etc.). Nessa perspectiva, mesmo a saúde materna deve ampliar sua agenda de saúde abordando as necessidades integrais da mulher, e não apenas aquelas relacionadas ao desfecho da gravidez e do bebê. Além de propor a agenda ampla da saúde integral, é necessário avançar para uma agenda feminista da saúde materna, atualizada para nosso complexo contexto (Costa; Diniz, 2011).

O que fica nítido é a concepção de “uma Política única” para a saúde das mulheres enquanto a política desejável. Neste caso, *uma Política de Saúde Integral da Mulher*. No entanto, ainda é necessário pontuar uma outra questão, esta política única deveria incluir a saúde materna, mais especificamente, uma perspectiva feminista da saúde materna.

Todos os outros materiais encontrados foram publicados após o lançamento oficial da política, mesmo que eles tragam para o debate questões e acontecimentos de antes do lançamentos, eles mesmos foram publicados posteriormente. Os textos seguintes dos blogs apresentarão o debate a partir da discussão sobre a Rede Cegonha. Também aparece o mesmo confronto entre a Rede Cegonha e esta noção de uma Política, como será apontado a seguir. O que não aparecerá nesta posição será a defesa nítida de uma agenda de saúde materna, tal como o primeiro texto o faz.

3.3.2 Um retrocesso, uma política reducionista.

Estas primeiras autoras, tal seja, Costa e Diniz, preferem falar em “insuficiência da Rede Cegonha”, atuando em um momento em que ainda seria possível influenciar as elaborações da Rede Cegonha. As seguintes ativistas, neste outro conjunto de textos, que aparecem simultaneamente a partir de abril de 2011, caracterizariam a Rede Cegonha enquanto uma política com conteúdo *reducionista* e ela mesma um *retrocesso*. Negrão em entrevista a Lemes no blog Viomundo afirma,

Do ponto de vista de atenção integral à saúde das mulheres, que é nosso paradigma deste a década de 1980, a Rede Cegonha é reducionista, um retrocesso nas políticas de gênero, pois as mulheres deixam de ser sujeitas principais no evento reprodutivo, de estar no centro do processo. (Lemes, 2011a)

Clair Castilhos em 2 de abril em seu artigo “Senhora presidenta, ouça as mulheres”, também apresentaria essa discussão:

É importante raciocinar que a trajetória de redução das ações integrais da saúde da mulher nunca foi abandonada pelos que a ela se opõem. Revolvendo a história do programa vemos que o PAISM nunca chegou a ser implantado na sua totalidade, nem operacional e nem geográfica, depois, tentamos o PNAISM que foi esvaziado com manobras diversionistas tipo Pacto pela Vida, 2006 e que por sua vez foi reduzido aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, agora, para coroar o retrocesso a tal Cegonha (Castilhos, 2011).

Algumas autoras afirmam que a redução da política pode ser confirmada pela ausência de ações no interior do programa para “as que não querem e engravidam, porque não conseguiram planejar ou o planejamento falhou, não são atendidas por essa política” (Lemes, 2011a). Ausência também destacada por Simone Diniz e Ana Costa como já anunciado. A conclusão de Télia Negrão na mesma entrevista é que ela seria

apenas uma boa política materno-infantil, pura e simplesmente para as mulheres que desejam ter filhos. As que não querem e engravidam, porque

não conseguiram planejar ou o planejamento falhou, não são atendidas por essa política (Lemes, 2011a).

Nestas falas a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é apresentada como um marco e referência de política pública de saúde direcionada às mulheres. Esta política aparece enquanto um “marco”, uma “referência, um “modelo” de política tanto nos artigos publicados nos blogs estudados, também aparece nas entrevistas realizadas para esta pesquisa⁵¹ e em diversos textos da bibliografia estudada para a realização deste estudo. Sobre esse assunto, a segunda entrevistada diz,

O mais importante a destacar, na minha avaliação, é que o Paim foi uma ruptura na concepção materno-infantil e mais do que isso, introduziu as mulheres nas políticas públicas no Brasil, já que esse programa, de 1982/83, foi na verdade a primeira vez que se destina um tratamento diferenciado às mulheres sem que esta diferenciação tenha caráter discriminatório ou estereotipado. O Paim refletiu um acúmulo do movimento de mulheres naquele momento, ou de setores dele mais vinculados à agenda da saúde e da reforma sanitária. O Paim antecipa uma agenda que posteriormente se expandirá para a região latino-americana, como um desejo do movimento de mulheres (Entrevistada 2).

No blog, essa posição também aparece em distintos textos,

Isto porque o Programa parece substituir a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), que por sua vez é a continuidade do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) datado de quando o movimento de mulheres e feminista “adentrou” no Ministério da Saúde. Após muito esforço e paciência, conseguimos superar a velha e carcomida concepção de Saúde Materno-Infantil, pelos novos conceitos de Saúde da Mulher, formulados pelo movimento feminista e pelos (as) técnicos (as) da área (Castilhos, 2011).

O PAISM e PNAISM, este aparece como um “aprimoramento” do primeiro, seriam as referências para a análise e para a construção de políticas sintonizadas com a perspectiva feminista. Elas funcionariam como uma diretriz discursiva consensual, qual seja, a que recusa uma política de saúde focada exclusivamente na maternidade ou, dito de outra maneira, recusa uma política de saúde direcionada às mulheres que seja pautada no binômio mulher-bebê.

⁵¹ Como já mencionado, duas entrevistadas são mulheres com trajetória de ativismo no debate de saúde reprodutiva e sexual. Estas duas entrevistadas têm posições distintas sobre a Rede Cegonha, mas o PAISM aparece em suas falas enquanto uma referência.

Quanto à PNAISM, pelo seu caráter mais transversal e observando então a introdução da categoria de análise de razões de gênero na sua concepção, aprofundou a ideia de que integralidade teria que observar diversidade. Esse foi um aporte fundamental para destacar a interrelação entre as desigualdades de gênero, de raça e de etnia, geracionais, regionais, com econômicas e sociais as mais diversas. Em minha avaliação, impregnou de maior radicalidade essa política pública, e foi o nascedouro das mais importantes normas técnicas. Considerando as violências diversas, em especial a violência sexual, o abortamento, a humanização do parto, a saúde mental como parte integrante da saúde das mulheres, a diversidade na orientação sexual, avançou no desenho da atenção à saúde a partir de dois eixos – integralidade e diversidade. No entanto, para a implementação dessa estratégia seria fundamental um ambiente favorável externamente, e internamente a decisão de capacitar intensivamente a área da saúde (entrevista 2).

A Rede Cegonha será confrontada diante dessas duas políticas, ou seja, ela será questionada a partir de uma comparação com o PAISM e PNAISM. A fala dessas feministas apresenta um confronto entre a Rede Cegonha, de um lado, e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de outro. A Rede Cegonha comparada – ou confrontada – seria um *reducionismo* e *retrocesso* de política de assistência à saúde da mulher. Esta iniciativa governamental, neste entendimento, estaria rerepresentando a *concepção materno-infantil* na constituição de políticas públicas voltadas à saúde da mulher. Assim, ela seria um *retrocesso* à concepção apresentada pela Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que posteriormente seria alargada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pela fala da entrevistada deste trabalho.

Eu quero destacar que estas ativistas se amparam no PAISM e PNAISM enquanto referências para a construção de uma política de saúde para questionar a perspectiva materno-infantil de construção das políticas de saúde. Nesta perspectiva materno-infantil, a que a Rede Cegonha estaria vinculada, a concepção de política de saúde de assistência às mulheres se estabelecia no entendimento de mulher enquanto reprodutora, ou seja, a política de saúde para as mulheres seria constituída a partir do binômio mulher-bebê, portanto, excluiria aquelas mulheres que não desejassem filhos. Em outras palavras, as mulheres que optam pelo abortamento não estariam incluídas neste tipo de política de assistência à saúde das mulheres.

Cabe mencionar que a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher

do Ministério da Saúde, Esther Vilela, afirmará um outro entendimento sobre esta relação entre a Rede Cegonha e o PAISM. Em entrevista concedida ao Viomundo.

O equívoco é pensar que a Rede Cegonha vai resumir toda a política nacional de atenção à saúde integral da mulher. O equívoco é achar que a Rede Cegonha é a política nacional de atenção à saúde integral da mulher do Ministério da Saúde. O equívoco é achar que o dinheiro agora só vai para quem está grávida (Vilela, 2011).

O que as falas que polarizam PAISM/PNAISM e Rede Cegonha evocam é um debate sobre diferentes noções de constituição de políticas fortemente conectadas com diferentes perspectivas de cunho científico-acadêmico. Pode-se aferir, portanto, que as discussões que permearam a constituição do PAISM (e o PNAISM aqui seria uma continuidade linear) são reapresentadas no contexto de controvérsias da *Rede Cegonha*. No entanto, não se trata apenas de um debate sobre concepções, mas obviamente, um debate sobre o próprio processo de constituição do PAISM, com os atores e estratégias envolvidas.

Para além disso, ao ser reapresentado este debate, o próprio processo político de constituição do PAISM está aqui em discussão. De todo modo, para aprofundar algumas afirmações e apresentar algumas interrogações, acredito que seja interessante retomar um pouco deste processo, ou seja, do que está se falando ao se referir à perspectiva materno-infantil e, no mesmo sentido, ao processo que o PAISM afirma.

3.3.2.1 A perspectiva materno-infantil ou o maternismo

A perspectiva materno-infantil, prevalente até a década de 80, estaria fundada nas “teorias biológicas para a explicação dos fenômenos”. Nesta teoria, constituída no século XVIII, os órgãos reprodutivos estariam no centro das diferenças entre homens e mulheres. Portanto, havia um entendimento destas diferenças enquanto algo natural, ou seja, uma naturalização das diferenças entre homens e mulheres (Aquino *et al*, 2003).

Laqueur contextualiza esta noção de dois sexos biológicos distintos, assim,

destaca que é a partir do século XVIII que se considera a existência de dois sexos. Na percepção dos gregos, havia apenas um sexo, a distinção estaria em termos de perfeição, ou seja, a depender da quantidade de calor, o corpo seria mais ou menos perfeito e se moldaria em um corpo de homem, quando o calor fosse suficiente para externalizar os órgãos reprodutivos, ou corpo de mulher quando o calor fosse insuficiente, assim, os órgãos ficariam internos. Homens e mulheres possuíam, neste modelo, órgãos semelhantes, a diferença estaria em termos de externalização (Laqueur, 2001).

A partir do Renascimento iniciam mudanças, que não estão circunscritas exclusivamente a ciência, em que surge um modelo que enfatiza a existência de dois sexos distintos e institui uma diferença radical entre homens e mulheres (Laqueur, 2001). A mulher estaria prioritariamente apta a maternidade por suas características biológicas que se desdobravam em outras caracterizações físicas, morais e intelectuais. A mulher, nesta perspectiva, está subsumida a mãe ou potencialmente grávida (Rohden, 2003).

Esta noção esteve fortemente presente também na constituição das políticas públicas. Costa destacará que não significa que Medicina e Estado apenas convergiram, mas com seus conflitos e atritos, houve um compromisso que pode ser percebido historicamente, o Estado medicalizou⁵² suas ações políticas (Costa, 1979), ou seja, a sociedade brasileira é fortemente medicalizada a partir do século XVIII e mais precisamente no século XIX. A interlocução entre Estado e medicina confere aos médicos um papel exterior ao cuidado dos doentes. São solicitados com finalidade de controlar os hábitos da população (Costa, 1979).

O primeiro alvo da prática disciplinadora foi a infância e o primeiro foco, a alimentação saudável. No final do século XIX e início do século XX, os malefícios do aleitamento artificial e mercenárias (amas-de-leite) são ressaltados. Os higienistas do século XIX tiveram essas práticas como foco argumentando sua relação com a mortalidade infantil. A partir do século XX amplia-se a defesa do aleitamento materno por parte dos médicos como mecanismo de diminuição da mortalidade infantil (Machado, 1978).

O objetivo de tornar as crianças mais saudáveis transfere o foco de ação à

⁵² O termo “medicalização” está sendo mencionado tal como o autor referido o utiliza, ou seja, para especificar um momento em que medicina e Estado convergiram em um processo de definição sobre os modos de vida da população. A concepção de “medicalização” enquanto um processo social já foi apresentada no capítulo 1.

família, mais especificamente, ao casamento. Na sequência a mulher se torna a peça fundamental de atuação e intervenção do poder médico, afinal, através dela está colocada a gestão e o cuidado das crianças.

No século XIX, observa-se novas feições do patriarcalismo no Brasil, onde os médicos se tornam os consultores/confessores das mulheres de forma que eles penetram o espaço familiar e modificam o perfil das relações familiares. Assim, as mulheres são reduzidas a mães, ou melhor, à figura da mãe-higiênica e os homens à figura do pai. Neste momento há um aumento da responsabilização pelos filhos (Costa, 1979).

Ressalta-se a importância da mulher enquanto responsável pela sobrevivência, cuidado e crescimento dos filhos. Rohden destacará que a consolidação da ginecologia e obstetrícia no Brasil possibilita que os médicos também se também possam ser responsáveis por um “gerenciamento da saúde feminina e da reprodução”. Neste momento, a autoridade dos ginecologistas e obstetras sobre o comportamento feminino extrapola os consultórios. A autora afirmará, inclusive, que este domínio ultrapassa o “domínio físico, do orgânico ou mesmo do psíquico” e será o domínio da moral (Rohden, 200, p.46).

Rohden também afirmará citando Knibiehler e Fouquet a relevância da medicina fundada na ciência nesta “redução” da mulher à maternidade (Rohden, 2000).

Para as autoras, o condicionamento do destino feminino pelos médicos é um fenômeno de longa duração e que tem como principal passagem a transição entre uma definição religiosa e uma definição médica da mulher, entre o estereótipo da pecadora e o da reprodutora. Embora durante muito tempo eles tenham ficado distantes das “partes vergonhosas” e do parto, à medida em que ampliavam a sua missão de defesa da vida, foram sendo levados a ver no corpo feminino a peça central da reprodução humana, e é assim que a mulher torna-se digna de seus cuidados. Mais do que a Igreja, foi a medicina, caucionada pela ciência, que promoveu a “redução” da mulher à maternidade (2000, p. 22-23 apud Knibiehler e Fouquet, 1993: 8-10).

Neste mesmo sentido, há o aconselhamento para evitar as consequências negativas no caso de negar o papel de mãe, a frustração, a retenção de leite, a culpa (Costa, 1979). Alerta-se o perigo das mulheres assumirem papéis masculinos. Ao mesmo tempo, também era conferida à mulher o papel de ordem social (Osis, 1994).

As preocupações oficiais com a saúde das mulheres, que foram concretizadas através de leis e decretos, data do final da primeira e início da segunda década do século XIX. Associando a proteção da maternidade e infância, refere-se à legislação trabalhista. O Projeto de Regulamentação do Trabalho Feminino (número 125, 16 de julho de 1917) proibia o trabalho feminino às industriais, agrícolas e comerciais no final da gestação (60 dias que antecedem o parto) e nos 40 dias seguintes. Além disso, nos primeiros 6 meses de gestação a mulher se ausentaria 15 minutos a cada duas horas de trabalho para amamentar. Outros dois projetos foram debatidos nessa época, mas nenhum foi aprovado (Osis, 1994).

O primeiro decreto brasileiro sobre regulamentação do trabalho feminino data de 1923, versa sobre licença maternidade e direito à amamentação durante a jornada de trabalho (Osis, 1994). Em 1934, a então decretada Constituição, tem em seu artigo 141 a obrigatoriedade do amparo à maternidade e à infância (Rohden, 2000). É neste mesmo ano que o município do Rio de Janeiro irá regulamentar a licença remunerada à professora ou estagiária em gestação. Já a Constituição de 1937 assegura a gestante um período de repouso antes e após o parto. Em 1938, através de um decreto municipal, estende o benefício a todas as funcionárias. O governo neste período, seja através de prêmios ou concursos, toma medidas diversas para comemorar e valorizar a infância (Rohden, 2000).

A medicina tem sido fundamental no processo de definição sobre o corpo feminino, bem como o papel social da mulher. Sobretudo, a partir do século XX, notadamente a partir da década de 30, acentua-se a vinculação da mulher à natureza reprodutiva. Esse processo tem forte relação com o pensamento médico sobre a mulher, associado a uma medicina cada vez mais intervencionista e próxima ao Estado (Rohden, 2000).

Rohden destacará a “redobrada valorização” da maternidade pela ginecologia e obstetrícia concomitantemente a uma maior aproximação com o Estado, durante a chamada “era Vargas”. Em 1932 é criado o Departamento da Maternidade e Infância, sinalizando um marco na proteção da criança e mãe brasileiras. Além disso, ressalta que esses eventos indicam uma noção da saúde pública enquanto profilaxia e assistência, não apenas polícia sanitária ou burocracia (Rohden, 2000).

Analisando os Anais Brasileiros de Ginecologia, Rohden afirma as referências

associando maternidade, infância, raça e nação. Além disso, ressalta o ano de 1940 como um marco na aproximação dos ginecologistas com o Estado a partir de um tom em defesa da infância e da maternidade (Rohden, 2000).

Em outro trabalho, Canesqui destacará este ano também enquanto marco na institucionalização do cuidado materno-infantil, o primeiro órgão responsável pelo cuidado desse grupo é o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 17 de fevereiro de 1940, através de um decreto. Duas questões inauguradas por esse órgão parecem bastante relevantes. Primeiramente, ele é responsável por metaforicamente aplicar o conhecimento médico desta área às políticas públicas, ou, dito de outra forma, ele inclui o conteúdo do saber médico nas políticas públicas desta área. Em segundo lugar, associa cuidados e educação, portanto, é um programa que contém um objetivo pedagógico no sentido de difundir ideias, com nítida caracterização de normas, sobre higiene para crianças e mães em um momento cuja principal preocupação era a morbidade e mortalidade infantis (Canesqui, 1987).

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde e cabe a ele coordenar a assistência materno-infantil em âmbito nacional, portanto, há uma centralização das políticas de saúde que são focadas nas camadas urbanas mais pobres e seguem um objetivo mais geral do Estado Novo. (Osis, 1994).

A partir do final da década de 50, inicia uma tendência de controle sanitário sobretudo sobre as moléstias rurais e diminui-se o foco a esta assistência. A partir da década de 60 suas funções são transferidas a outros órgãos e em 1969 o DNCR é extinto (Canesqui, 1987).

A tendência que se fortalece a partir do golpe de 1964 é a dicotomia entre saúde pública e medicina curativa, portanto, um cuidado médico individualizado de base ambulatorial e hospitalar. Nesse processo, a previdência fica responsável pela assistência individual e o Ministério da Saúde pelas atividades de saúde pública (Canesqui, 1987).

A primeira referência à saúde materno-infantil, depois de 1964, data de 1971 em um documento chamado "Diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil". Estavam incluídos programas de assistência ao parto, puerpério e crianças, além de oferecer orientação nos períodos intergestacionais às mulheres (Canesqui, 1987; Osis, 1994; Nagahama & Santiago, 2005). No contexto de

transformações que ocorrem a partir de 1974, instituição do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que estabelece as responsabilidades do MPAS, do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, o primeiro programa de saúde materno-infantil instituído ocorre em 1975, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujo objetivo era atuar na redução da morbidade e mortalidade materno-infantil (Canesqui, 1987).

Este programa se referenciando nas orientações da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), criado pela Divisão de Saúde Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde. Duas críticas apresentaram-se mais consistentemente com relação ao mesmo. Em primeiro lugar, segundo Costa, o PSMI não contemplava as necessidades da comunidade, além disso, fragmentava a assistência da mulher na medida em que os programas relacionados à mulher estavam desarticulados. Contava com as seguintes ações: assistência materna, assistência à criança e ao adolescente, suplementação alimentar, educação para a saúde, capacitação de recursos humanos. Além disso, estava colocada a noção de "paternidade responsável" relacionada ao planejamento familiar. Uma grande preocupação retomada é a nutrição e elevação do rendimento escolar, além de preconizar identificação de riscos nos diferentes períodos gestacionais, além de ações de planejamento familiar (Costa, 1999).

Em 1977, o Ministério de Saúde cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) que na prática tratava de uma norma incorporada ao PSMI. Na sequência foi elaborado um documento chamado "Normas para identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no programa de saúde materno-infantil" que provou reações fortes da Igreja Católica, de sanitaristas e de movimentos de mulheres, além da BEMFAM. Portanto, o componente que tratava do planejamento familiar, o PPGAR, não foi implementado (Osis, 1994; Costa, 1999).

O PREVSAÚDE de 1980 incorporava ideias da reforma sanitária. Seu conteúdo também abarcava um programa materno-infantil ampliado. Desde ações de planejamento familiar, a educação para a paternidade responsável, informações sobre métodos anticonceptivos. Porém, não foi viabilizado (Canesqui, 1984).

Uma polêmica bastante relevante se localizava no tema de planejamento

familiar. A posição antinatalista em contraposição a uma posição anticontrolista estiveram presentes e, diante de uma não-posição por parte do Estado, algumas instituições tiveram papel importante e geraram forte reação por parte do movimento feminista. A Sociedade Civil de Bem Estar Familiar – BEMFAM - e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança (CPAIMC) foram as duas mais centrais e com forte conteúdo controlista, com argumentos de controle da natalidade (Canesqui, 1984; Osis, 1994; Costa, 1999).

Não é objetivo afirmar que a medicina foi a única instituição responsável pela redução da mulher à maternidade, este é um processo mais complexo, de todo modo, esta contextualização aqui apresentada tem o objetivo de localizar uma leitura específica (e, por isso, necessariamente uma parcial e incompleta), tal seja, a trajetória de instituição de diferentes agendas públicas governamentais voltadas para a saúde das mulheres. Meu objetivo é, concordando com outras autoras que aqui são referenciadas, que a trajetória de constituição de políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres esteve pela noção da mulher enquanto mãe, ou, em outras palavras, as ações governamentais articulavam políticas para um binômio mãe-bebê.

O que fica evidente na literatura percorria é a profunda vinculação da assistência à saúde da mulher à reprodução. A própria ideia daquilo que seriam programas, políticas de saúde da mulher eram revestidos por esse entendimento do papel social feminino. Assim, a denominação dos programas de saúde voltados para a mulher partiam desse eixo, chamados "saúde materno-infantil". Em seus conteúdos evidencia-se a ideia de um corpo feminino funcional, cujo objetivo central seria assegurar a reprodução social e filhos saudáveis.

Portanto, ao mesmo tempo em que as políticas públicas de saúde vão se consolidando em torno de programas, a assistência à mulher se constitui a partir do eixo materno-infantil. Tal como referido anteriormente, uma noção de papel social feminino está subentendida, relacionando-a primeiramente e predominantemente à figura da mãe, portanto, a assistência à saúde da mulher vai se consolidando a partir desta perspectiva.

O binômio mãe-filho torna-se um foco das políticas públicas, ou seja, referindo-se a partir de outro foco, as políticas públicas serão construídas a partir de noção de um grupo "materno-infantil" coeso e pensado unificadamente. Inclusive, tal

grupo será uma prioridade tanto pelo seu significado quantitativo, afinal, representam uma grande parcela da população, quanto por toda produção científica de necessidades incutidas a este "grupo".

3.3.2.2 A constituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Uma série de transformações estão em curso nos entremeios da década de 1970 e ao longo da década 1980 no Brasil. No campo acadêmico, surgem os estudos empíricos sobre mulher que foram sendo substituídos posteriormente pelos estudos de gênero. Estes questionavam o determinismo biológico e propunham uma abordagem que destacava a construção social do feminino e masculino.

A emergência destes novos estudos contribuiria para alargar o entendimento das desigualdades. Assim, "passam a ser contempladas as relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos, contribuindo para ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado" (Aquino *et al*, 2003).

Com a redemocratização, os movimentos sociais influenciariam nos rumos das políticas públicas, apresentando outras perspectivas para o debate sobre desigualdades. O *movimento de mulheres* teria um papel relevante na apresentação das iniquidades de gênero. A demanda pela humanização da atenção à saúde é colocada fortemente (Aquino *et al*, 2003).

Neste contexto da década de 1980 seria possível a emergência de uma política, denominada Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Serão pinçadas algumas questões do processo de configuração dessa política que parecem relevantes sobretudo considerando a referência deste processo para as políticas de saúde direcionadas às mulheres ainda hoje, como ficou explícito a partir deste trabalho.

De acordo com Osis, o conceito de assistência integral à saúde das mulheres "pode ter sua origem na avaliação crítica dos chamados programas verticais, desenvolvidos pela área biomédica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a partir de 1966" (Osis, 1994, p. 40). Tais programas foram criados com

objetivo de resolver questões relacionadas a morbimortalidade feminina com o foco em comunidades de "menor nível socioeconômico e cultural" (Osis, 1994, p. 41). Eles foram isoladamente positivos, controle de câncer de cervicouterino, de câncer de mama, prevenção de risco obstétrico, planejamento familiar, estímulo à lactação materna e atenção puerperal. Porém, percebeu-se que a desarticulação entre eles causava dificuldades, excesso de consultas com diferentes profissionais.

Rompendo com essa linearidade, o PAISM introduz uma nova perspectiva de ações para a saúde da mulher. A partir da experiência do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva da Unicamp relacionaram a necessidade de hierarquizar serviços de saúde de forma a contemplar os problemas de saúde das mulheres. Na prática, defendiam serviços primários simplificados que buscassem ativamente detecção de patologias, além de serviços que realizassem prevenção, com orientação e encaminhamento para especialidades, caso necessário (Osis, 1994).

Segundo Osis, a ideia de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) originada nas discussões dos profissionais na UNICAMP é divulgada em trabalhos e intervenções públicas e, portanto, passa a ser debatida em outros contextos, especialmente "no seio dos movimentos organizados de mulheres" (Osis, 1994, p.50). Além disso, as conclusões de seus trabalhos é insistentemente reverberadas, através de publicações e chegaram a ser publicadas como Boletim da Oficina Sanitária Panamericana em 1981.

Neste período um contexto mundial contribui para que esse processo se alargue no Brasil. A Organização das Nações Unidas (ONU) decreta o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher. Também em 1975 ocorre a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher que proclama entre 1976 a 1985 como o Decênio das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Assim, em 1979 a ONU aprova em sua Assembleia Geral a Convenção sobre Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher e em 1980 é lançado um programa de ação para cumprir os objetivos da segunda metade do decênio da Mulher (Osis, 1994).

As discussões que proporcionaram a construção do PAISM vinham romper com uma lógica estabelecida tanto nos serviços públicos como privados. Em primeiro lugar, que se pensasse a mulher "como um todo e não em órgãos separados", somando a isso, o "reconhecimento de que suas emoções eram

significativas no processo saúde-doença", portanto seriam necessárias ações para além dos diagnósticos biomédicos (Osis, 1994, p.50).

Além disso, este é um contexto em que os "movimentos de mulheres"⁵³, no início da década de 80, estavam ganhando destaque nas esferas do poder público e meios de comunicação. Dentro de um processo mais amplo de mobilização social na reconstrução democrática, a contribuição feminista, segundo Correa, expressava a existência de "múltiplos sujeitos políticos". As ideias feministas sobre as condições de saúde reprodutiva influenciarão esse processo em curso (Correa, 1993).

O PAISM, portanto, emerge desse contexto. De acordo com Osis, três processos são bastante decisivos, o primeiro trata da experiência de Campinas já descrita, o segundo é um alargamento do sentido de "integral"⁵⁴ em que foram fundamentais outros profissionais, como psicólogas e sociólogas, bem como os movimentos de mulheres. Nessa acepção, o integral também deveria incorporar um sentido além do corpo, ou seja, o "em termos práticos, que o médico, ao atender, pensasse e visse a mulher como um ser completo, que não tem apenas corpo, mas está vivendo um momento emocional específico e se acha inserida em um determinado contexto socioeconômico" (Osis, 1994, p. 59). Além disso, o terceiro elemento é "movimento de mulheres" que também atuou fortemente para a inclusão da ideia de educação sexual de forma que a noção de controle populacional não se viabilizasse, debate importante na época.

Assim, o Ministério da Saúde propõe o PAISM em 1983. Os objetivos programáticos situavam-se nas seguintes áreas: pré-natal, parto, aleitamento materno, identificação e controle câncer cervicouterino e mama, doenças sexualmente transmissíveis, identificação e controle de outras patologias de maior prevalência nas mulheres, atividades de regulação da fertilidade, inclusive, tratamento de estados de infertilidade.

Diversas autoras (Osis, 2000; Scavone, 2004; Aquino, 2006; Correa, 1993; Costa, 1999; Costa, 2007) apresentam uma visão do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) enquanto uma ruptura com uma visão sobre a

⁵³ Neste trabalho não se fará um debate contextualizando as diversas definições de movimento de mulheres e feministas. Mesmo reconhecendo que se trata de uma discussão relevante, ela foge dos objetivos deste trabalho. Portanto, utilizo "ideias feministas" e "movimento de mulheres" tal qual apresentado pelas referidas autoras.

⁵⁴ O caráter polissêmico da "integralidade" está debatido em diferentes textos, aqui esta palavra está sendo utilizada a partir da fala das autoras e entrevistadas.

mulher dos programas antecedentes. Segundo Costa, o PAISM constrói uma nova concepção de saúde na medida em que questiona a instrumentalização dos programas materno-infantis e, ao mesmo tempo, rejeita a fragmentação do sistema de saúde (Costa, 2007).

Já Osis, ressalta que, ao incluir as doenças que mais atingem as mulheres e eventos relacionados ao sexo feminino no arcabouço das políticas públicas, o PAISM inclui outras perspectivas dentro das políticas de assistência à mulher. Além disso, Osis afirma também parecer haver um questionamento à autoridade médica enquanto único saber sobre o corpo feminino (Osis, 1994).

Aqui, quero fazer alguns destaques. As referências bibliográficas estão em sintonia com a falas das entrevistadas e os textos dos blogs. Está explícito que há uma ruptura operada por um processo político que se concretiza através do PAISM. De outro modo, também pode-se perceber que as diferentes autoras ressaltam pontos diferentes desse processo.

Não está colocado aqui – e nem as autoras apresentam dessa maneira – quem conheceria o *verdadeiro* significado do PAISM. Este não é o debate. O que quero destacar é que a reapresentação do PAISM na discussão atual se refere a um processo e não exclusivamente a sua materialidade em termos de política pública, o PAISM.

Inclusive, vale aqui mencionar um artigo que realiza uma comparação entre as diversas legislações aplicadas à saúde da mulheres desde o PAISM até a Rede Cegonha com o título “Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente”. Com a seguinte afirmação,

Fazendo uma análise comparativa entre a legislação vigente no campo de saúde da mulher e as diretrizes de programas relacionados, a Rede Cegonha se propõe a trazer mais exames e alguns pontos complementam os anteriores. Ele também conta com estratégias para alcançar metas que eram apenas propostas por outros programas, como sistemas de regulação de leitos obstétricos e neonatais e conta, principalmente, com uma verba considerável para promover todas as ações que propõe. Porém, ele trás novamente diversas ações trazidas pelos seus antecessores, como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, além de compreender o conteúdo de algumas leis federais. Sendo assim, fica o questionamento em relação à necessidade do novo programa ou se seria adequada uma complementação ao PHPN, como este é do PAISM (Diniz *et al*, 2011)

E conclui com a seguinte afirmação,

Vale destacar que o único programa que trata da assistência de forma integral (PAISM) não tem uma portaria ou legislação que lhe dê suporte, enquanto a Rede Cegonha, que ainda não está em funcionamento, possui uma legislação específica. Ou seja, é necessário refletir na implementação da lei e não só no processo legislativo da mesma. (Diniz *et al*, 2011)

Este questionamento também é apresentado por outras autoras,

Entretanto, do ponto de vista legal, não há uma portaria específica que regulamente o PAISM, sendo talvez este um dos motivos que dificultam a implantação do programa, somado aos problemas políticos relacionados à fase de transição que passava a política brasileira na época de seu desenvolvimento (CORREA, 1993).

Fica evidente, portanto, que afirmar o PAISM é afirmar um processo, não apenas o aparato discursivo da política, que pode também trazer questões importantes, mas não apenas enquanto um texto, mas os atores envolvidos, os atores não envolvidos, as estratégias de pactuar a constituição das políticas desta área. Assim, nas falas deste ator que questiona a Rede Cegonha, o texto do PAISM com a concepção de saúde da mulher que ele afirma é importante, mas igualmente relevante são os atores envolvidos - e aqueles não envolvidos - no processo de constituição de uma política de saúde voltada para as mulheres.

Minha entrevistada 1 contribui para essa afirmação, quando menciona a relação entre movimento de mulheres e Ministério da Saúde:

O movimento de mulheres se relaciona com o Ministério e faz determinadas pactuações com o Ministério. Todavia, por conta dessa política que é de pessoal que eu te falei, que toda hora entra e sai gente, as pessoas não ficam. Então, em 1983 houve uma pactuação do movimento de mulheres e foi considerado uma grande conquista a questão de se sair do materno-infantil e se adotar a política de atenção integral a saúde da mulher. Quando essa gestão entrou em 2011, muitas pessoas usavam a expressão materno-infantil. Eu, desde o começo, disse “gente, toma cuidado! Se vocês não conseguem deixar de usar, usem pelo menos a expressão da seguinte maneira, materna e infantil. São dois sujeitos”. Porque existia essa pactuação com o movimento de mulheres. As pessoas as vezes entram no piloto automático e voltam a usar essa expressão e para o movimento de mulheres isso representou [pausa para entrevistada atender o telefone]. O

que aconteceu? Para o movimento de mulheres isso foi como se tivesse sido uma traição de um acordo lá de 83. Em vez da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, voltava a concepção materno-infantil. Isso foi muito agravado porque na Medida Provisória 557 alguém, que a gente não sabe quem, injetou a palavra nascituro. As pessoas que estavam no Ministério e que não conheciam a história anterior, nem notaram que tinha a palavra nascituro. Agora, todo o movimento dos evangélicos, cristãos e etc na Câmara – e pode ser de algum jurídico do Ministério, que a gente não sabe quem é – pra fazer valer o estatuto do nascituro que é, assim, acabar com a possibilidade de aborto naquelas poucas possibilidades que a gente tem no Brasil. Então, o movimento de mulheres sentiu-se ameaçado em das suas conquistas, das poucas que têm do Código Penal de 1940 [...]. Hoje em dia há um pouco mais de diálogo entre a saúde da mulher e o movimento de mulheres (Entrevistada 1).

Esta fala que esta entrevistada apresenta sobre o PAISM enquanto uma *pactuação* também no interior do movimento de mulheres é semelhante a afirmação de Castilhos no *blog Viomundo*, “o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) datado e quando o movimento de mulheres e feminista ‘adentrou’ no Ministério da Saúde” (Castilhos, 2011).

Assim, quero destacar desta fala – e é importante reiterar que esta entrevistada é do *movimento de mulheres* – que ao mencionar *movimento de mulheres* no singular, ela expressa algo, ou seja, este é o movimento de mulheres, aquele que pactuou com o Ministério desde 1983. No entanto, sua fala, também expressa que há diferenças no interior deste *movimento de mulheres*.

Agora o que eu queria te dizer o movimento de mulheres naquela época em 1983, ele tinha a bandeira da atenção integral a saúde da mulher, mas nos últimos tempos, ele foi se focalizando. Então, as atuais bandeiras – isto é a minha leitura do movimento de mulheres – são a questão do aborto, do planejamento familiar, o câncer e a atenção ao grupo LGBT (transexuais, etc). De alguma forma, a qualidade da atenção obstétrica, não faz mais parte das reivindicações. Então, isso eu acho muito complicado e eu senti na pele [...]. (entrevistada 1).

E aqui parece relevantíssimo a questão sobre quem é o *movimento de mulheres*. Coloco essa pergunta no singular pois é *no singular* que a entrevistada se refere. Mesmo que saibamos da existência de diversos movimentos de mulheres, parece-me que se configurou um movimento de mulheres neste espaço que transita em torno do Ministério da Saúde. Este “movimento de mulheres” contém, inclusive, diversas entidades – e diversos movimentos no seu interior, mas eles pactuam, acordam posições de forma a se reconhecer como uma unidade e ao mesmo tempo

se reconhecer como a própria condensação do movimento de mulheres. E este movimento de mulheres não apenas pactuou com o Ministério, mas ele tinha na área técnica de saúde das mulheres um espaço de ativismo.

Eu vou ser sincera na maneira como eu vejo a política, Tânia Lago foi coordenadora de saúde da mulher de 98 a 2002 e ela tinha parceria com o movimento de mulheres, Maria José de Oliveira fez um abaixo-assinado assim que se viu que Lula tinha sido eleito e ela era da Rede Feminista, ela era representante do movimento de mulheres. Na sequência ficou Regina Viola e quando Regina Viola saiu o, então diretor do DAPES, colocou um assessor dele coordenando a política, a área técnica de saúde da mulher. E, acho que nessa altura eu já tinha saído, eu não lembro bem, mas de qualquer maneira, o movimento de mulheres se articulou, encostou o Temporão contra a parede e disse que não podia ser um homem na coordenação de saúde da mulher e acabou sendo trocado, tá? Ah, esqueci da Lena Peres, que dava-se bem com o movimento, mas não era considerada feminista, depois da Regina. E aí então ficou a Teresa de Lamare com um mandato tampão até a eleição. Então, o movimento de mulheres se sabia forte para derrubar uma coordenador de saúde da mulher e a minha leitura é que eles tentaram derrubar a atual, mas não conseguiram.

Em um blog também haveria um depoimento sobre estas diferentes relações,

As forças políticas da atenção integral à saúde da mulher tiveram voz e vez nas gestões Humberto Costa (1.1.2003/8.7.2005), que elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism); Saraiva Felipe (8.7.2005/31.3.2006) e Agenor Álvares (31.3.2006/16.3.2007). E começaram a perder espaço na gestão José Gomes Temporão (16.3.2007/31.3.2010), que deu um “chega pra lá” na visibilidade política da área técnica da Saúde da Mulher, sem verbalizar recuos; na prática, a Saúde da Mulher hibernou e não encontrou oposição à altura, nem no governo, pois a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) emudeceram no processo que as desemponderou!

A bordo de um erro político monumental, chegamos – ativistas, SPM e Seppir – à gestão Padilha (1.1.2011) estilhaçadas o suficiente para que a Saúde da Mulher ficasse ao bel-prazer de personalismos de matizes fundamentalistas aboletados no MS, que, sob a ótica conservadora, reconstruíram a primazia do ministério na saúde da mulher, um “nicho tripartite”, de três ministérios (Saúde, Mulher e Seppir), como sabiamente foi se definindo no governo Lula! (Oliveira, 2012).

Quando a Rede Cegonha entra em cena, parece que este cenário se diversifica. Mesmo diante da preocupação da minha entrevistada 1, que chega a advertir às pessoas que “usavam a expressão materno-infantil” sobre o risco de quebrar um pacto entre Ministério e movimento de mulheres, o processo já é outro,

sua boa intenção não será suficiente. Há um contexto político mais amplo, como também será minuciado na próxima parte deste capítulo com o debate em torno da MP557. Mas, para além disso, o que a entrevistada não destaca e a conclusão é de responsabilidade deste trabalho é que, ao mesmo tempo, o movimento de mulheres também se pluraliza neste espaço específico de diálogo com o Ministério da Saúde. Na prática, essa condensação que possibilitava chamar-se *movimento de mulheres* no singular, altera-se. O movimento de mulheres estava dentro do Ministério da Saúde construindo as políticas. Ele não estaria agora?

Minha entrevistada afirma-se enquanto do movimento de mulheres e ela participou da construção do desenho da Rede Cegonha, ela afirma a Rede Cegonha enquanto uma política linear neste processo largo deste o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Será que a quebra do acordo também estaria dentro do que é chamado *movimento de mulheres*?

O fato é que o movimento se pluraliza neste espaço. O movimento de mulheres ou movimento feminista não era uma unidade, mas existia um processo de articulação, de tal maneira que poderia se afirmar no singular pela entrevistada. De todo modo, a Rede Cegonha parece desencadear uma descondensação.

Vale mencionar que minha entrevistada 1 é obstetra e parte do movimento de mulheres, com nítidas discordâncias, apresentadas acima, com o setor que elaborou a crítica pública a Rede Cegonha. Portanto, ela está anunciando sua posição a partir dos elementos que considera mais relevantes. Ela mesma afirmará que “a maioria das mulheres opta por manter a gestação”. Assim, afirmando as virtudes da Rede Cegonha enquanto possibilidade de alterar o modelo de assistência ao parto.

De outro modo, outros diálogos são abertos, outros atores são legitimados na órbita de diálogo com o Ministério da Saúde, em 7 de março de 2013, o Ministro da Saúde realizou em encontro com Blogueiras para conversar sobre *saúde da mulher*. Priscilla Perlatti do Mamatraca⁵⁵ afirmou sobre este encontro “Eu fiquei surpresa com o Ministério ter nos recebido e ter nos recebido tão bem pra discutir todos os assuntos relacionados a saúde da mulher. Eu acho, eu saí daqui bastante satisfeita porque várias dúvidas minhas foram sanadas e eu senti que tem um canal aberto

⁵⁵ O *Mamatraca* é um sítio eletrônico mediado por quatro mães blogueiras, na própria definição das autoras, “Mamatraca é um espaço para dar voz às mães reais, aquelas que sabem que não existem regras ou perfeição nessa jornada tão incrível e ao mesmo tempo tão desafiadora que é a maternidade”. Nele, as autoras apresentam relatos sobre escola, amamentação, profissão, enfim, a partir da maternidade discutem diversos temas.

com o Ministério pra que a gente possa conversar e possa contribuir com ideias e sugestões pra melhorar essa gestão da saúde da mulher”.

No canal do Ministério da Saúde no Youtube também encontrei depoimento de outras blogueiras, dos seguintes sítios eletrônicos, “Mil dicas de mãe”, “Tá e daí?”, “Look bebê”, “Hoje vou assim”, “A vida quer”, “blog da Dra Flávia Aguiar”, “Blog da Saúde”. Em todos os depoimentos as falas valorizavam a iniciativa e a afirmavam enquanto uma nova perspectiva interessante de participação e diálogo com a população.

O que quero sinalizar é que a pluralização está colocada. Agora, certamente houve uma alteração no entendimento sobre quais atores são legítimos na definição das políticas de saúde das mulheres. O que precisa ser avaliado é o que este processo acarreta, quais as implicações, ou seja, o que ele está a produzir.

Enfim, fato é que houve uma alteração na dinâmica de diálogo com atores que sempre estiveram nesta órbita, além de outros atores terem sido convidados.

Gomes faz uma revisão sobre estudos de participação política *online*, umas dos elementos que ele pontua é a existência de um debate sobre “o problema das diferenças entre a participação política em geral e a participação que se dá mediante a internet” (Gomes, 2011). Existiriam dois polos, de um lado a internet seria instrumental, de outro a internet seria essencial. No primeiro polo estariam aqueles utilizam as ferramentas online enquanto acessórios aos métodos tradicionais já utilizados, no segundo aqueles que utilizam a internet enquanto meio e instrumento para a existência de participação. O autor afirma a existência de diversas “formas e iniciativas”, inclusive, entre um polo e outro.

Este debate está colocado e, sem dúvidas, é um interessante foco de análise para outros estudos. Uma outra questão que também precisa ser sinalizada é até que ponto os governos utilizam essas ferramentas para alargar as participações políticas ou essas ferramentas são utilizadas para a legitimação das próprias políticas. Enfim, sem adentrar a discussão sobre intencionalidade, mas os desafios de uma construção política mais democrática permanecem e estão para serem analisadas naquilo que se refere a *saúde da mulher e saúde reprodutiva*.

O fato é que outros atores entram em cena, outros movimentos reivindicam serem ouvidos, assim como os movimentos – ou o movimento de mulheres - não têm sido ouvidas e isso aparece nitidamente em suas falas.

O que aqui ainda quero explicitar é que a constituição das políticas voltadas para as mulheres é atravessada por atores nos processos políticos e também por noções sobre saúde da mulher e saúde reprodutiva que são construídas em múltiplas dimensões.

Por exemplo, o fato de diversos blogs hoje valorizarem a mulher a partir da maternidade entra na arena da constituição da política, as chamadas blogueiras maternistas inclui um outro ator⁵⁶.

“Saúde da mulher”, “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” são temas continuamente constituídos de normas e sentidos, além da produção de discursos e conhecimentos. Até mesmo a delimitação daquilo que se refere a estes temas é aberto. Em síntese, suas delimitações conceituais são investidas e configuradas em processos políticos.

Minha hipótese é que as falas que apresentam o confronto da Rede Cegonha ao PAISM, ao trazer o PAISM para este cenário de debate e evocar o processo político no qual ele foi constituído, estão afirmando alguns atores, neste caso, o próprio movimento ao qual fazem parte. Também afirmam um certo modo de constituir a política de saúde da mulher. No mesmo sentido, significa marcar um espaço de atuação política deste campo do movimento feminista na constituição de políticas públicas para as mulheres. Afirmar o PAISM, também, é afirmar o processo político cujo marco inicial institucional é o PAISM e é afirmar o processo político que constitui a si mesmo como o movimento de mulheres legítimo neste espaço de debate e constituição das políticas de saúde da mulher.

Dessa forma, ao afirmar a Rede Cegonha enquanto uma *política materno-infantil* e confrontá-la com o PAISM, modelo de política desejável para a saúde das mulheres, essas discussões reapresentam debates que estiveram presente na própria constituição do PAISM. Debates que dizem sobre a concepção mas também informam sobre o modo de construção de um processo político, quem são os atores envolvidos, quem são os atores não envolvidos, quais as estratégias de construção.

Cabe comentar que a abertura desse processo para uma releitura inclui reabrir análises sobre o que é formular e refletir sobre políticas de assistência à

⁵⁶ É interessante perceber o perfil dos blogues convocados para este encontro com blogueiras promovido pelo Ministro, acompanhando quais atores e quais debates entram nessa nova arena que vai sendo desenhada.

saúde da mulher hoje.

3.3.3 A MP do nascituro – em defesa da vida?

O lançamento da Medida Provisória 557 ocorreu em 26 de dezembro de 2011. Em seu artigo primeiro,

Fica instituído o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, no âmbito da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, coordenada e executada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, com a finalidade de garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à saúde materna, notadamente nas gestações de risco (Brasil, 2011d).

O segundo artigo versaria sobre a constituição deste sistema, “é constituído pelo cadastramento universal das gestantes e puérperas, de forma a permitir a identificação de gestantes e puérperas de risco, a avaliação e o acompanhamento da atenção à saúde por elas recebida durante o pré-natal, parto e puerpério”.

Na prática, a referida MP criaria um novo sistema nacional de cadastro, vigilância e acompanhamento da gestante e puérpera; criaria um mecanismo para a concessão de um auxílio financeiro a gestante de até R\$50,00 (cinquenta reais) para as gestantes cadastradas neste sistema com o “objetivo de auxiliar o seu deslocamento e seu acesso às ações e aos serviços de saúde relativos ao acompanhamento do pré-natal e assistência ao parto prestados pelo SUS, nos termos de regulamento”.

No capítulo VII que versaria sobre o “Subsistema de acompanhamento da gestação e do trabalho de parto, parto e puerpério”, o artigo 19-J incluía o termo “nascituro”, “Os serviços de saúde públicos e privados ficam obrigados a garantir às gestantes e aos nascituros o direito ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério seguros e humanizados”.

Esta Medida Provisória estava no bojo da Rede Cegonha no sentido que constituía instrumentos para implementação da política. Assim, embora o debate neste momento estivesse focado na MP 557, a Rede Cegonha retorna às redes

sociais. Após um período de arrefecimento entre os meses de agosto e dezembro, o início do ano de 2012 este debate seria recolocado em termos mais intensos, veementes e sentenciadores. Os argumentos, os tipos de articulações entre os diferentes movimentos sociais deste momento são bastante diferentes do primeiro. Inclusive, os atores envolvidos são mais diversificados.

O lançamento da MP recoloca o debate da Rede Cegonha, inclusive, mobilizando outros atores para este debate. Jurema Werneck em entrevista a colunista Lemes no blog Viomundo constatou,

A MP é um passo adiante da Rede Cegonha. Ela foi feita, nas palavras do governo, para operacionalizar alguns aspectos da Rede Cegonha. Só que a MP não operacionaliza coisa nenhuma. Não responde nem tecnicamente nem politicamente ao que a morte materna significa para o Brasil – um problema de repercussão internacional. E, por outro lado, cai no que de pior tem, que é essa gente ultraconservadora”. (Lemes, 2012c)

Três principais questões foram alvo de críticas por parte de diversos movimentos sociais, sobretudo, movimento de mulheres. Primeiramente, a constituição de um cadastramento universal das gestantes. Segundo a inserção do termo “nascituro” como ser de direitos. Terceiro, o caráter autoritário de constituição desta medida.

Com relação ao cadastramento, foi questionada a sua necessidade e colocado em dúvida sua intencionalidade. Dado que outras leis, normas técnicas e protocolos e orientações relacionadas a mortalidade materna⁵⁷ já existiam, assim como o sistema de informação, o SIS-Prenatal⁵⁸, a necessidade de uma MP para a finalidade de constituir um novo sistema de cadastro era suspeita.

Outra questão apresentada era o fato de um cadastramento “universal” significar um caráter compulsório, o que implicaria violação da liberdade de escolha. Algo como um sistema de política administrativa sanitária. Além de não haver garantia de confidencialidade dos dados, nada impediria uma comunicação entre diversos sistemas, por exemplo, sistema de política e justiça. A preocupação

⁵⁷ Aqui a referência imediata é o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materna instituído desde 2004 que articulou diversos atores na configuração de um conjunto de propostas e instrumentos com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade materna e neonatal.

⁵⁸ O SIS-Prenatal foi instituído no bojo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento com objetivo de melhorar o acompanhamento das informações sobre pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal.

evidente é que o cadastro seja utilizado para a perseguição de mulheres que realizam abortos clandestinos.

Não há necessidade nem indicação de criar mais um sistema de informação, especialmente nos moldes adotados nesse Cadastro, impregnado do risco de expor as mulheres e suas vidas reprodutivas aos olhares públicos, em uma sociedade polarizada quanto à moralidade sobre os direitos sexuais e reprodutivos. (Costa, 2012)

Sobre a presença do “nascituro” em um texto oficial assinado pela Presidência da República, ele estaria autorizando a existência deste ser de direitos, assim, criando a figura do nascituro.

Nossa principal referência legal é a Constituição Federal Brasileira que estabelece o direito à vida desde o nascimento e os direitos das mulheres enquanto gestantes. Ao introduzir a figura do nascituro, que não existe fora do corpo da gestante, como portador de direitos, a MP 557/2011 abre precedente, principalmente, para influência de algumas correntes religiosas e de setores conservadores. (Central Única dos Trabalhadores, 2012).

Existem diversas iniciativas presentes no legislativo com um forte componente de perseguição ao abortamento ilegal, além de tentativas de alterar a legislação atual no sentido de retirar as situações em que hoje o abortamento é legal no Brasil.

Algumas destas leis são mencionadas nos debates da MP 557, tal como, o Projeto de Lei (PL 2504/2007) do deputado Walter Brito Neto do PRB-PB cuja ementa dispunha sobre a obrigatoriedade do cadastramento de todas as gestantes no momento de constatação da gravidez em unidades de saúde públicas e particulares. Este PL propunha a criação de um cadastro para todas as gestantes, na justificativa afirmava que “o projeto visa, também, facilitar a produção de provas nos casos de aborto ilegal, pois o registro tornará possível o colhimento de dados probatórios, com o objetivo de identificar o agente ativo do aborto”

O Projeto de Lei 478/2007 de autoria de Luiz Bassuma (PV/BA) e Miguel Martini (PHS/MG) que dispõe sobre o estatuto do nascituro. Esta lei definiria o nascituro enquanto “ser humano concebido, mas ainda não nascido”. Incluiria “os seres humanos concebidos in vitro, os produzidos através de clonagem ou por outro meio científica e eticamente aceito”. Sua natureza humana seria reconhecida desde a concepção e o estatuto lhe conferiria proteção jurídica. No artigo 5, “Nenhum nascituro será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração,

violência, crueldade e opressão, sendo punido, na forma de lei, qualquer atentado, por ação ou omissão, à expectativa de seus direitos”.

O “estatuto do nascituro” vem sendo confrontado por militantes, ativistas, pesquisadores e setores diversos da sociedade. Se aprovado, suas implicações seriam significativas em diversos aspectos, alteraria questões relacionadas a pesquisas clínicas, além de restringir o aborto nas situações em que hoje é legalizado no Brasil. O debate sobre este PL não é o objeto deste estudo, ele aparece aqui para configurar o contexto em que a MP 557 é debatida, ou seja, há toda uma articulação entre setores religiosos para que as situações em que o abortamento é legal seja restringido no Brasil. Outros PLs também têm este teor, como o já mencionado PL2504/2007.

Outras iniciativas legislativas também estão em curso para enfrentar o abortamento através de instrumentos de persuasão das mulheres de forma a não optarem pelo abortamento, como Projetos de Lei que oferecem apoio financeiro para mulheres que engravidam vítimas de estupro manterem suas gestações, iniciativas denominadas de “bolsa estupro” pelos movimentos de mulheres. Neste caso, alguns exemplos, o PL 797/2011 de Lauriete (PSC/ES); o PL 1085/2011 de Cleber Verde (PRB/MA); PL 3748/2008 de Sueli Vidigal (PDT/ES).

A Frente Parlamentar Mista em Defesa da Vida – Contra o Aborto foi registrada em 2011 com 165 deputados e 13 senadores contando com as diversas agremiações partidárias. Vale lembrar que a Câmara dos Deputados do Brasil conta com 513 deputados e o Senado Federal do Brasil possui 81 senadores. Portanto, essa frente possui 32 % de deputados e 16% dos senadores.

Outros tipos de articulações e movimentações dos setores religiosos estão presentes na sociedade, atuando também em mobilizações. Conhecidos como “movimento em defesa da vida”, estes movimentos “provida” estão articulados internacionalmente em redes denominadas “pro-life”. Originalmente estavam focados em campanhas antiaborto, mas hoje estão fortemente envolvidos em debates científicos, como clonagem humana, células-tronco, também nas discussões sobre eutanásia e pena de morte. No Brasil, estes movimentos realizam caminhadas, atos e diversos movimentos, além de contarem, como já mencionado com uma significativa presença nos espaços institucionais do governo e Legislativo.

Vale lembrar que a atuação destas lideranças também esteve presente em

outros episódios, como a forte atuação contrária a um material didático parte do Programa Escola Sem Homofobia, em 2011, criado pelo Ministério da Educação com o objetivo de combater a homofobia das escolas. O denominado “Kit anti-homofobia” foi apelidado de “Kit-gay” e fortemente combatido por estes setores.

O relevante aqui é apontar um contexto complexo que se apresenta em torno do debate de direitos da população LGBTTTs (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) e para as mulheres no Brasil e internacionalmente,

E a complexidade se apresenta em torno das temáticas LGBT e do aborto no Brasil é caracterizada não só pelos insondáveis arranjos e articulações entre religião e política na proposição de políticas públicas, que deveriam ser universais e pautadas por ideias democráticas. Ela também se relaciona com os avanços e retrocessos que ocorrem em torno das agendas que afetam esses grupos. E essa não linearidade no processo de construção de agendas e políticas públicas tem relação, por sua vez, com o posicionamento de atores políticos locais e com a influência dos religiosos – políticos ou não – no Estado, além das conquistas ou coibições que ocorrem no cenário internacional. (Vital; Lopes, 2013, pp. 168).

Neste sentido, é necessário também retomar uma conclusão de Vital & Lopes,

Com isso, gostaríamos de salientar a importância de entender que embora reconheçamos o caráter performático dos evangélicos e mais recentemente dos católicos na política nacional, que reconheçamos os limites de suas opções políticas, que reconheçamos, ainda, a diversidade e competição que marcam o segmento evangélico, talvez devêssemos entender que estes religiosos vêm atuando unidos em prol da promoção de uma sociedade moralizada e civilizada a partir de seus termos. Os meios que acionam para isso articulam diferentes técnicas e recursos atuando cada vez mais e de modo cada vez mais efetivo na formulação ou na reformulação de leis e projetos de leis em nível nacional. (Vital; Lopes, 2013, pp. 180).

Nas eleições de 2010, afora outras diversas polêmicas, o debate sobre aborto esteve fortemente presente.

Num determinado momento disputa, porém, o aborto foi trazido para dentro da agenda campanha eleitoral pelos setores conservadores, porque sabiam da posição da então candidata Dilma, que era favorável à descriminalização do aborto. Foi feita toda aquela pressão para que ela recuasse na sua posição e garantisse uma postura o mais aproximada possível da concepção materno-infantil, que consideramos uma posição limitada da saúde das mulheres, porque não leva em conta os ciclos de vida nem a possibilidade de as mulheres não desejarem a maternidade. Esse foi o primeiro momento. [...]De forma que, ao final da campanha já se nota uma tendência à focalização da atenção materno-infantil em vez da atenção

integral à saúde das mulheres. Ficou claro que corríamos o risco de nesse governo, frente às pressões dos setores conservadores, ser anunciada uma política com viés reducionista. (Lemes, 2011a).

Um estudo sobre “O aborto como agenda política nas eleições presidenciais de 2010” apresenta o transcurso deste tema ao longo do pleito presidencial, em que a candidata, após diversas tensões, vai modificando seu discurso político, incorporando o léxico do universo cristão e escrevendo a “Mensagem da Dilma” em que afirmaria o apoio a manutenção da legislação do aborto atual (Vital; Lopes, 2013).

Este autores também afirmam que as personagens religiosas vão ampliando seu potencial de negociação a medida que são reconhecidos enquanto forças políticas indispensáveis na disputa eleitoral.

Outros episódios de negociação de agendas e projetos políticos com setores evangélicos é de conhecimento público. Este trabalho não pretende detalhar este processo, mas apontar este contexto inequívoco de embates marcantes e este processo de articulação de grupos religiosos com iniciativas comuns direcionadas a vivência da sexualidade e reprodução. Grupos heterogêneos, porém, com forte atuação comum, sobretudo no tema do aborto e direitos LGBTTTs.

Merece um destaque o apoio que a Rede Cegonha recebe da Frente Parlamentar contra o Aborto. Durante a realização do VI Encontro Brasileiro de Governantes e Legisladores Pela Vida , promovido por esta frente parlamentar, a Rede Cegonha recebeu apoio,

A Frente Parlamentar da Vida Contra o Aborto decidiu na semana passada apoiar o Programa Rede Cegonha, lançado recentemente pela presidente Dilma Rousseff, por entender que os princípios dele coincidem com os princípios que a frente defende de defesa da vida, de apoio às políticas públicas de apoio à maternidade, que é o centro deste programa”, afirma Jaime Ferreira Lopes, chefe de gabinete do deputado Alberto Filho (PMDB-MA) (Lemes, 2011d)

Imersa neste contexto, a MP 557 é aceita sob forte suspeita.

Reagimos aos retrocessos da Rede Cegonha, a visão de saúde materno-infantil; e à “joia da coroa”: a MP 557/2011, que conferia personalidade civil ao nascituro, materializando o desmanche dos alicerces da Pnaism! No

puxa-encolhe, o vaso da confiabilidade se quebrou. Confiança não se remenda, gesta-se uma nova.

Há um novo contexto político. Cabe ao “batalhão da mata”, as “prendas do Rosário” – às ministras da Mulher, Eleonora Menicucci, e da Igualdade Racial, Luiza Bairros – sangrar nos cacos: exigindo uma concertação, não para monitorar políticas de saúde, mas para defini-las em pé de igualdade com o MS, à luz da diretriz nacional em vigor, a Pnaism, que é laica e republicana, na qual cabem as necessidades de todas as brasileiras! (Oliveira, 2012)

Adicionando o fato de ser uma Medida Provisória, ter sido lançada no final do ano, sem debate com os setores que habitualmente participam das discussões, recebe fortes críticas de diversos movimentos. A entrevistada 1 também comenta sobre este momento,

E finalmente, havia na MP557 a vontade de criar um novo Sistema de Informação que fosse além do SISPRENATAL, uma ampliação. E aí, isso junto com o estatuto do nascituro foi interpretado como uma possibilidade de que assim que a mulher engravida ela é notificada e se ela quiser fazer aborto, aí ela não tem essa possibilidade. Então, o sistema de saúde se torna policial na questão do aborto. E foi isso que gerou toda a polêmica. Na verdade não era a intenção de quem estava no Ministério, houve ingenuidade aí, né, na forma de lidar, era início de gestão, aí o conflito foi só se agravando, mas felizmente parece que com a suspensão da MP557 houve uma calma (Entrevistada 1).

O fato é que a MP chegou a ser reeditada em fevereiro de 2012, mantendo o auxílio de deslocamento e criação de comissões para avaliação e acompanhamento da gestantes de risco. Porém isso, não arrefece as polêmicas envolvidas.

Os movimentos mantêm diversas iniciativas de embate a esta medida, intensificando as mobilizações a partir de maio. Inúmeras manifestações públicas através de textos e notas com posicionamentos políticos de diversas entidades; pressionando diretamente o Ministro Padilha pelas redes sociais; realizando um tuitaço⁵⁹, articulando reuniões com membros do executivo e com parlamentares. Realizaram uma audiência com o Deputado Federal, Arlindo Chinaglia (PT/SP), então líder do governo na Câmara, as deputadas Janete Rocha (PT-SP) e Carmen Zanotto (PPS-SC) e o deputado Paulo Rubem Santiago (PDT-PE), em que estavam

⁵⁹ Mobilização na rede social *twitter* em que todas as pessoas utilizam uma mesa *hashtag* para identificar a posição em comum em comum.

presentes representantes de diversos movimentos⁶⁰ (Lemes, 2012e).

Ninguém assumiu a *maternidade ou paternidade* desta MP. Segundo relatos de ativistas, ocorreu uma reunião durante o Fórum Mundial Social em Porto Alegre em 26 de janeiro de 2011 onde Dilma esteve presente e diversos movimentos sociais apresentaram a crítica a MP. Nesta reunião Dilma teria afirmado, “Erramos, vamos retirar a MP”. Assim, teria sido aplaudida calorosamente. (Lemes, 2012g).

Em 31 de maio a Medida Provisória 557/2011 perdeu a validade. Uma Medida Provisória⁶¹ permite que ações e mecanismos de adoção sejam implementados imediatamente, mas ela necessita posteriormente de ser apreciada pelo poder legislativo. Os movimentos conhecem os trâmites desse processo. Neste caso, a MP 557 estaria em vigor até o dia 31 de maio, portanto, este seria o prazo para a votação na Câmara dos Deputados para que fosse convertida em Lei. O fato é que não ocorreu a votação, assim sendo, a MP, portanto, nas palavras das ativistas, “caducou”. Este fato foi comemorado por diversas ativistas e militantes de movimentos sociais, além de pesquisadoras da área de saúde sexual e reprodutiva. A cobertura do blog Viomundo apresenta algumas falas que destaco aqui,

Beatriz Galli, advogada, componente da comissão de Bioética da OAB-TJ, assessora do IPAS:

Foi uma vitória para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. É o reconhecimento de que o tema da mortalidade materna deve ser abordado com ênfase nos direitos humanos, com a devida participação da sociedade civil e com transparência por parte do governo (Galli, 2012).

Lemes escreve a matéria no blog Viomundo sobre a “vitória dos movimentos sociais” em que ela apresenta comentários de ativistas sobre o fato da MP 557 não ter sido levada a votação. Jurema Werneck, médica, da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras e da mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde:

⁶⁰ De acordo com o relato público desta reunião, estavam presentes os seguintes movimentos: a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), Marcha Mundial de Mulheres (MMM), União Brasileira de Mulheres, Secretaria de Mulheres da CTU-DF, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), Cebras, Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), NEPEM (UNB), Fórum de PLP, Secretaria de Mulheres-PT, Marcha das Vadias-DF, Fórum Nacional de Mulheres Negras, Movimento Nacional de Cidadãs Positivas, Grupo Brasil e Desenvolvimento e Instituto NUPEF. Fica nítido que este processo é mais amplo, aglutina mais força em termos de diversidade política.

⁶¹ A Medida Provisória é um ato do presidente da República, que tem força de lei, mas não é verdadeiramente uma lei. Seu pressuposto é a urgência e relevância de forma cumulativa. Ela exige um processo legislativo, mas que é posterior a seu ordenamento jurídico. Assim sendo, permanecem em vigor por sessenta dias e podem ser prorrogáveis por mais sessenta dias. Caso não seja aprovada, convertendo-a, portanto, em lei, a Medida Provisória perde sua eficácia, deixa de valer.

Temos que comemorar este freio na onda conservadora dentro e fora do Congresso Nacional, dentro e fora do governo federal. Conseguimos impor um limite. Agora, continuaremos lutando para que o debate, as ações e as políticas referentes à saúde da mulher e aos nossos direitos sexuais e reprodutivos retornem a patamares de democracia, de antirracismo e antimisoginia, de respeito à laicidade do Estado e a nós, principais interessadas e protagonistas destes processo. Falta menos. Viva! (Lemes, 2012f)

Sonia Corrêa, pesquisadora associada da ABIA, co-coordenadora do Observatório de Sexualidade e Política, na mesma matéria:

As muitas narrativas sobre o percurso que vai da publicação da MP 557, na calada do recesso de fim de ano, até seu arquivamento por decurso de prazo, devem ser recuperadas em suas idas e voltas e minúcias, pois dizem muito sobre os limites e possibilidades da política feminista no Brasil de 2012. Mas, hoje, nós, as feministas de todos os quadrantes que estivemos envolvidas nessa batalha, só temos a comemorar. Tomadas de surpresa no dia 27 de dezembro de 2011, quando o avião não tripulado da medida provisória foi lançado sobre a autonomia reprodutiva e a privacidade das mulheres brasileiras, conseguimos resistir, resistir e resistir. Fomos, de fato, o contrapeso face às forças estatais e não estatais que conceberam a MP 557, entre outras razões, para incluir, pela porta do fundo, o direito do nascituro num texto legal. Conseguimos dar visibilidade internacional aos graves problemas da medida e ao debate interno sobre a mesma. Conseguimos persuadir outras vozes da sociedade civil sobre os efeitos potencialmente nefastos do texto apresentado ao Congresso Nacional. Conseguimos trazer de novo à pauta a agenda de uma política ampla de saúde sexual e reprodutiva que, desde 2011, vem sendo sepultada pelo “de volta ao futuro” da saúde materno-infantil. Há, sem dúvida, muitas outras batalhas, pela frente. Mas essa nós levamos. Já posso tirar o Xô Cegonha do meu Facebook! (Lemes, 2012f).

3.4 Outras discussões

É interessante que após o vencimento do prazo da MP 557, o que na prática, significou sua perda de validade, houve uma comemoração por parte de diversas ativistas. Especificamente, a fala de Sônia Corrêa acima em que ela afirma poder retirar o “Xô Cegonha” de seu Facebook demonstra a centralidade desta MP naquilo

que havia de crítica a Rede Cegonha. A partir de então, a Cegonha seria bem-vinda? A partir de então a política não seria um equívoco?

O segundo momento das controvérsias em torno da Rede Cegonha é mais enfático, a partir deste momento, gostaria de sublinhar, pelo material analisado, diversos movimentos explicitam suas posições sobre a própria MP e, assim, posicionam-se sobre a Rede Cegonha, já que esta MP era uma parte da política. Estes movimentos articuladas diversas ações e iniciativas de enfrentamento, tal como mencionado.

O debate público de questionamento sobre a Rede Cegonha antes do momento do lançamento da MP 557, pelos materiais analisados, foi assumido enfaticamente por ativistas da Rede Feminista de Saúde. Embora eu tenha percebido que outros movimentos, entidades, ativistas e pesquisadoras também apresentassem críticas, elas não apareceram decisivamente nos materiais que analisei.

Em outro sentido, pude perceber que ativistas, algumas com um histórico de trajetória na Rede Feminista de Saúde, apoiavam esta iniciativa governamental. Uma das minhas entrevistadas (entrevistada 1) pode ser indicada como exemplo, mas pude encontrar outras ativistas que também se encontravam nesta posição. Nos circuitos das redes sociais, que procurei acompanhar, pude perceber que a política também foi recebida de forma positiva por algumas blogueiras maternistas. De todo modo, neste perfil de ativistas, havia uma característica de não ter uma organização explícita de defesa desta iniciativa governamental. No caso da minha entrevistada 1, ela afirmou sua posição na entrevista para este trabalho. Ela é parte da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuna) e se coloca enquanto uma das pessoas responsáveis pela formulação da Rede Cegonha. De todo modo, afirma não estar respondendo por este movimento durante a entrevista. Em outros materiais, encontrei ativistas da ReHuNa contrárias a Rede Cegonha.

É possível afirmar que existem movimentos e entidades contrários a Rede Cegonha desde seu início, porém a partir dos materiais analisados não seria possível elaborar um mapeamento de posições. Inclusive, uma característica bastante interessante deste processo é que os movimentos são pluralizados também no seu interior. As posições sobre a Rede Cegonha, bem como a participação no seu processo de formulação não seguem a padronização

habitualmente retratada em que seria possível elaborar um mapa de movimentos a partir de suas posições. Ao contrário, seria possível afirmar que havia uma pluralidade de posicionamentos no interior destes movimentos que debatem a saúde sexual e reprodutiva na contemporaneidade.

Eu sinalizo que a Rede Feminista de Saúde se articulou através dos blogs e verbalizou sua posição contrária de forma evidente. Pesquisadoras da área de saúde sexual e reprodutiva, tais como, Ana Maria Costa e Simone Diniz também evidenciaram suas posições, como ressaltado neste tópico. De outro lado, também é possível afirmar que estiveram presentes no processo de formulação da Rede Cegonha ativistas e pesquisadoras da área de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, quando esta política é colocada em ação no Ministério da Saúde, outros sujeitos políticos a reelaboram com uma distinta concepção daquelas que a sugeriram. Assim, convivem em torno do processo de constituição da Rede Cegonha, concepções distintas de saúde reprodutiva.

Fato é que a partir da instituição da MP 557, há uma articulação de diversas entidades, atores, pesquisadores. Foi elaborado um material gráfico de divulgação desta posição que destaco na sequência. Dentre as entidades que se articularam para questionar a MP 557, foi possível mapear: Católicas pelo Direito de Decidir, Marcha Mundial das Mulheres, Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, Central Única dos Trabalhadores, Rede Feminista de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES), Articulação de Mulheres Brasileiras (Lemes, 2012g). De todo modo, este processo se abre.

Ao estudar a Rede Cegonha é possível afirmar que seu processo de constituição borra as noções habituais sociedade civil e governo enquanto instâncias cindidas. No mesmo sentido, os movimentos sociais também são mais diversos e polifônicos do que habitualmente retratamos – ou desejaríamos que o fossem. Este estudo também evidencia que este processo de controvérsias na instituição de uma agenda política pública na área de saúde reprodutiva na contemporaneidade ilumina sujeitos políticos, alguns são coletivos, como os movimentos pro-vida, os movimentos pela humanização do parto, as blogueiras maternistas, as feministas. Ao mesmo tempo, sujeitos políticos, como ativistas reconhecidas como expertises na área, podem ter um papel mais decisivo que outros sujeitos coletivos organizados.

Enfim, a expertise na área foi um elemento central no processo de constituição da Rede Cegonha. As críticas, as divergências que puderam ser apreendidas o foram a partir de muita articulação e movimentação, não bastaram os bons diálogos institucionais. A fala destes movimentos esteve presente em diversos locais, mas só puderam ser ouvidos a partir de algo que me parece mais parecido com a demonstração de força do que o diálogo.

Este processo é mais contingencial e desconexo do que poderíamos almejar para a constituição de uma política pública de saúde reprodutiva.

O encerramento da MP 557 não resolve todas as controvérsias, mas este processo político parece recolocar a Rede Cegonha em outros termos. Ficou evidente que os movimentos que questionam uma política podem possibilitar que uma *cegueira institucional* evidente seja colocada em evidência. Não apenas a expertise, não apenas o conhecimento, a técnica, mas a política, o debate contribuem para desvelar efeitos não previstos quando formulada uma iniciativa pública.

Independente das motivações para o aborto não constar no âmbito de preocupação desta política. Esta ausência no contexto contemporâneo brasileiro afirma uma posição que poderia ter efeitos significativos, se não catastróficos para as mulheres que realizam aborto clandestinamente. Seja por opção política ou simplesmente um esquecimento, o fato é que o aborto – assim como as polêmicas em torno do estatuto do nascituro - não constava nas preocupações centrais desta iniciativa governamental. Assim sendo, ao se pensar um Sistema Nacional de Cadastro para gestantes em um contexto de fortes embates e criminalização das mulheres que abortam, este esquecimento ecoa as posições dos atores políticos contrários a realização do aborto.

Para além disso, ao se incluir a palavra nascituro em um documento oficial, está se legitimando uma posição política, mesmo que o seja por um descuido. Principalmente, a gestação é entendida enquanto dada, um fato inequívoco. Esta noção orienta os serviços de saúde.

Como neste trabalho entendo que esta MP foi parte da constituição da Rede Cegonha, posso afirmar que estes movimentos e entidades contribuíram neste processo na medida que colocaram um debate público sobre a MP, recolocaram o debate sobre Estatuto do Nascituro. Além de sujeitos políticos coletivos, diversas e

diversos ativistas participaram do *twitaço* organizado nesta mobilização contrária a MP 557. Para além disso, constituíram força na rearticulação de um debate público sobre assistência à saúde da mulher no sentido de recolocar a questão do aborto na agenda política pública, mas também de refletir mais amplamente sobre saúde da mulher.

Pelo material analisado, inclusive, houve o convencimento da Presidência da República sobre o conteúdo desta MP. Assim, o debate sobre a Rede Cegonha é reconfigurado, mas não apenas o debate sobre esta política, o que este processo nos instrui é que a gestão não é constituída apenas de técnicas e de verdades estabelecidas, ou seja, não é suficiente um bom planejamento, uma boa reflexão e boas intenções para se constituir uma política de saúde, por vezes, não ter uma grande verdade pode contribuir mais decisivamente.

movimento
CONTRA
a aprovação do
Sistema Nacional de Cadastro,
Vigilância
e Acompanhamento da
Gestante

MP - 557 2012

Precisamos unir forças e construir coletivamente estratégias de mobilização contra a aprovação da MP- 557 pelo Congresso.

#nãoMP557

Controle, vigilância e criminalização não são políticas públicas que garantam dignidade. O que as mulheres precisam é de autonomia sobre seus corpos e acesso à saúde

Figura 1

4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a finalidade de conclusão, quero iniciar comentando algumas questões sobre a utilização de diferentes recursos metodológicos para a realização deste estudo. Os estudos com internet ainda são muito incipientes, de todo modo, eu adotei uma perspectiva de não dissociar os dados da realidade da comunicação social, ou seja, não polarizar virtualidade e realidade. A utilização da internet neste estudo foi um instrumento de coleta de dados e não uma observação das interações virtuais, por exemplo. Mesmo assim, coletar dados na internet é um empreendimento cheio de desafios, sua característica flexível e interativa, sugere novas buscas. Assim, procedi um tratamento sobre os dados procurando apreender aquilo que parecia interessante para a pesquisa. Um outro desafio foi a utilização de diferentes dados para a produção de um único estudo, ou seja, mesclar entrevista, dados da internet, documentos oficiais, vídeos, enfim, foi seguindo o objeto, tal seja, as controvérsias em torno da Rede Cegonha que os recursos metodológicos foram sendo acionados.

Meu objetivo com este estudo era compreender questões que gravitam em torno da Rede Cegonha, ou seja, conceitos, atores, estratégias. Eu parti de controvérsias para fazê-lo. Coloquei as falas de atores que estiveram presentes no processo de constituição da política e atores que a criticaram. Estes últimos, eu tomei contato principalmente pela internet.

Desde o início da pesquisa o objetivo foi realizar um estudo exploratório e explanador de uma agenda pública de saúde reprodutiva governamental, portanto, investigar as questões que tangenciam, atravessam e, de alguma forma definem a constituição de uma agenda pública. Os acoplamentos que constituíram essa política e não outra qualquer, ou seja, o conjunto de questões, conceitos e mobilizações políticas que a possibilitaram existir.

Eu objetivei traçar este percurso a partir de algumas observações preliminares. De alguma forma, elas funcionariam como uma lente, uma perspectiva de observação sobre este processo. Fato é que esta lente foi se materializando também em contato com a investigação.

Para a finalidade de conclusão, quero retomar algumas questões.

A opção de estudar uma iniciativa governamental específica poderia gerar uma especificidade exaustiva, que terminaria por limitar o estudo. Esta não era intenção. Portanto, observar processos, políticas, ações governamentais e movimentos sociais correlatos foi um esforço deste trabalho.

Assim, algumas questões foram sendo destacadas, por exemplo, como a constituição desta política está inserida em um processo muito bem configurado por Foucault em que a população desbloqueia a arte de governar e o imperativo do “fazer viver” se coloca. No mesmo sentido, opera-se um esquadramento da população em diferentes categorias. Os traços biológicos de uma determinada população tornam-se um dispositivo para sua constante utilidade. É o imperativo do bem-estar físico, saúde é dever de cada um e um objetivo geral.

Também como este autor afirmará, esta gestão é massificada mas também é individual. A gestão da população é profunda e minuciosa. O fenômeno da mortalidade é uma preocupação evidente, ele aqui aparece sob a designação de direito e agregado à noção de *desenvolvimento*. Não é possível refletir sobre essa política sem destacar a força da ideia de *desenvolvimento* pautada a partir do modelo “dos países mais desenvolvidos”.

Assim, a mortalidade materna é um problema, mas também é um problema por estar situada em valores acima das taxas dos países mais desenvolvidos. Os *objetivos de desenvolvimento do milênio* também aparecem enquanto uma referência, um mote que orienta as ações. Estes objetivos orientam metas numéricas.

Assim, que todo um conjunto de dados e estatísticas são o que orientam as ações. Um saber sobre estes dados é fundamental, assim como a exigência de um aprimoramento nos sistemas de informação para se encontrar as reais taxas.

No entanto, aqui também queria lembrar que a constituição desta política está imersa a um processo de medicalização social, discussão também apresentada no primeiro capítulo. Gestação, parto e nascimento são processos descritos enquanto questão médica. Adotando a chave de leitura de Peter Conrad, podemos afirmar que, no caso brasileiro, é evidente que uma corporatização destes eventos está presente, provedores, consumidores, planos de saúde incidem neste processo ativamente constituindo noções de como se viver estas situações. De todo modo,

também a presença dos médicos aqui é forte e marca uma disputa sobre a experiência do parto.

Existe uma forte disputa de definição e de quais intervenções são legítimas na gestação, parto e nascimento. Por exemplo, as seguradoras de saúde também têm lugar nesta disputa, na medida em que limitam o acesso a determinadas ações e aceitam outras; muitos médicos e hospitais adotam a episiotomia como uma medida de protocolo. A Rede Cegonha parece se posicionar diante dessa disputa como referimos, ou seja, ela defende a afirmação de um modelo de assistência que afirme o protagonismo da mulher, entendendo o parto enquanto “uma experiência da sexualidade”. Mesmo que a Rede Cegonha seja uma estratégia dentro do Sistema Único de Saúde, ela pode impactar o setor privado de diferentes maneiras, não discorrerei sobre este ponto, pois as relações público-privado exigiriam todo um conjunto de novas questões.

No entanto, a Rede Cegonha também afirma o diagnóstico, afirma o cuidado a partir de um processo também mais largo que esta política, mas que ela recorre, legitima e fortalece, ou seja, os exames (alguns exames, escolhidos e definidos) orientam guidelines, fluxograma de atendimentos e definição de subtipos de gestação, tal seja, as de risco habitual e alto-risco. Toda uma “linha de cuidado” é operacionalizada a partir dessa clivagem.

Ao mesmo tempo, também a caracterização da “nova estratégia” de vigilância capilarizada ao nível individual em que há uma atenção especial aos estilos de vida, mas sobretudo a noção de risco aparece como um lema, ou seja, a probabilidade de adquirir uma doença. Nesta cadeia que envolve investigação, sintoma, sinal, a observação é fundamental. A gestação figura como em risco constante, de modo que a observação sobre ela parece ser mais minuciosa, mais detalhada. De algum modo, todas as gestações podem se tornar em algum momento uma gestação de alto risco, com a conseqüente entrada em outro fluxo de cuidados e tratamentos. Esta observação, no entanto, ocorrerá a partir daquilo que o conhecimento sobre este processo permite. No caso da Rede Cegonha, também interfere o que os recursos orçamentários abrem de possibilidade para fazê-lo.

Assim, a vivência da gestação é marcada por uma observação minuciosa que, obviamente, apresenta diferenças significativas entre os serviços públicos e os privados. De todo modo, este processo refinado de buscas ativas e observação da

gestação afirma um modo de vivê-la e, de alguma forma, afirma uma identidade entre de grávidas e mães. Para esta iniciativa governamental, muito especificamente, a gestação é um dado inequívoco, o objetivo é captar as mulheres precocemente e inseri-las no pré-natal.

A gestação aqui contribui na constituição de uma noção de afirmação da biologia reprodutiva feminina. Na chave de leitura dos autores, pode ser que a noção de mãe construída em uma bioidentidade a partir de biossociabilidades, ou seja, reafirmando a biologia através de novos mecanismos, mais minuciosos e difusos, com novas intervenções, o maternismo (ou a perspectiva materno-infantil) está evidenciado. Parece-me que mais pela positivação da mãe, pela consolidação da bioidentidade materna do que pela negação daquela que nega a maternidade.

Aqui, vale evidenciar políticas correlatas do Ministério da Saúde que incidem sobre a vida das mulheres, ou seja, o Programa de Controle do Câncer de Mama e do Colo Uterino, recentemente a vacinação contra HPV, também o atendimento por demanda espontânea nas unidades básicas de saúde, ou seja, as mulheres podem apresentar outras demandas diversas, que não atende a um pré-requisito formal. Há até um protocolo para atendimento de abortos. Não quero afirmar que estas outras iniciativas sejam modelos, elas não são alvo deste estudo, apenas quero concordar que a Rede Cegonha não é a única iniciativa governamental direcionada às mulheres. O Programa Nacional de Saúde Integral das Mulheres, inclusive, permanece existindo, assim como antes, sem portarias ou regulamentações específicas, mas permanece existindo.

De todo modo, a Rede Cegonha é parte de um processo mais amplo que ela, ao mesmo tempo que o afirma, legitima e fortalece. Portanto, penso que a Rede Cegonha tem uma força discursiva ao se tornar prioridade da presidência da República, ao se tornar uma marca de governo, ao tomar para si toda uma força de governo, ao afirmar novos atores, como aqueles *provida*. Isto, associado a noção de bioidentidade materna, parece-me forte.

Assim, penso que a Rede Cegonha ao mesmo tempo que rerepresenta uma perspectiva materno-infantil de constituir políticas de saúde para a mulher ela é resultado de um processo mais amplo que consolida esta perspectiva. De modo que, não é possível afirmar que a Rede Cegonha seja apenas a responsável, mas

ela interage com este movimento que está, inclusive, para além do Sistema Único de Saúde, mas o inclui em partes.

Obviamente que aqui estou a levantar questões que implicariam novos estudos. Para finalidade de inserir algumas questões – mais do que conclusões – a este trabalho, necessário se faz trazer a fala destas mulheres que criticam a Rede Cegonha enfatizando um questionamento sobre o determinismo biológico que pautou historicamente as políticas de saúde pública direcionadas às mulheres. Estas feministas afirmam um outro tipo de política que esteja em uma perspectiva analítica e política de *gênero*. Há hoje uma superposição de conceitos e teorias com significados distintos. Mulher, gênero, feminino e feminista por vezes são superpostos e revestidos de uma aparência progressista.

Rohden também destacará que muitas vezes os trabalhos acadêmicos se referem a “gênero ainda como uma espécie de substituto do termo mulher. Nesse sentido, ele apenas serve para descrever o grupo ou objeto de estudo em questão, não sendo consideradas as dimensões básicas da construção social e da relacionalidade implicadas em qualquer reflexão que tome gênero como perspectiva analítica” (Rohden, 2009).

Embora existam profundos e acirrados debates em torno da perspectiva de gênero, com diversas correntes de pensamento, vale sublinhar uma ideia principal que aqui também quero ressaltar, a “afirmação do caráter social do gênero e da negação de qualquer determinismo biológico”.

Assim, estas mulheres, que questionam o determinismo biológico, estão a apresentar uma outra concepção de se constituir políticas de saúde voltada para as mulheres. Penso que esta perspectiva dele estar no cerne das questões dos movimentos sociais, dos atores que atuam em espaços políticos. Ao mesmo tempo, muitas vezes as noções de gênero e biologia estão intercambiáveis, portanto refletir sobre a biologia, também é uma questão importante.

Por outro lado, uma crítica tem sido realizada a alguns movimentos de mulheres que, na opinião destas críticas, as feministas teriam se esquecido das mães e focado suas agendas políticas, pela fala de minha entrevistada, “na questão do aborto, do planejamento familiar, o câncer e a atenção ao grupo LGBT” (entrevistada 1). Na introdução da tese de doutorado de Rosamaria Carneiro ela apresenta esta questão de uma outra forma:

Sabe-se bem como um conjunto de feministas se opuseram e ainda se opõem à maternidade, dada a persistência, também entre elas, de um imaginário moderno de maternidade rousseauiana. Para algumas orientações feministas, demandar ou reivindicar a maternidade e, em meu caso o parto, poderia resultar em um retrocesso, como recentemente pude observar no Brasil, diante do posicionamento da Rede Feminista de Saúde perante o programa “Rede Cegonha” do atual Governo Federal (Carneiro, 2011, pp.5-6)

De outro lado, Elisabeth Badinter em seu livro mais recente chamado “O Conflito. A mulher e a mãe” vai questionar as consequências de uma ofensiva maternista mais recente.

Ficou claro que há quase três decênios acontece uma verdadeira guerra ideológica subterrânea da qual ainda não se avaliam plenamente as consequências para as mulheres. A volta com toda a força do naturalismo, revalorizando o conceito gasto de instinto materno e louvando o masoquismo e o sacrifício femininos, constitui o maior perigo para a emancipação das mulheres e para a igualdade dos sexos (Badinter, 2011, pp. 206).

É um fato inequívoco é que a maioria das mulheres opta por serem mães e que boas intervenções públicas que despenalizem esta vivência são relevantíssimas. De todo modo, a maternidade envolve questões que extrapolam os serviços públicos de saúde.

Esping-Anderson afirma que o principal fator de mudança contemporâneo é a “alteração do lugar das mulheres na sociedade” (Esping-Anderson, 2008). Para este autor, estas transformações têm ramificações profundas. Mesmo sinalizando que existem diferenças nesse processo e desigualdades entre as mulheres, o fato é que, mesmo obedecendo uma estratificação social, houve uma radical alteração do percurso biográfico feminino. Tal fenômeno exerceu efeitos por toda a sociedade, o mais imediato é “a eclipse da família tradicional, na qual o marido tem um trabalho remunerado e a mulher fica em casa” (Esping-Anderson, 2008, pp.40). Como consequências, toda uma nova organização de tarefas anteriormente atribuídas às mulheres, inclusive, com repercussões de ordem macroeconômicas. De todo modo, como ele também assinala, com raras exceções, as sociedades não oferecem respostas a todo este processo de transformação das trajetórias de vidas femininas,

“ o papel dos poderes públicos nos serviços de apoio familiar é fraco, ou melhor, marginal” (Esping-Anderson, 2008, pp.42).

A consequência disso é que a ausência de serviços exerce pressão sobre as próprias mulheres, edificando obstáculos ao emprego feminino, atingindo “particularmente as menos qualificadas”, nas palavras do autor.

O autor está ocupado em apresentar algumas contribuições para a reflexão sobre a possibilidade de redefinir as tarefas do Estado-providência a partir das profundas alterações das trajetórias de vidas das mulheres. Nesta caracterização ele enfatizará que uma das grandes tensões atuais é a conciliação entre maternidade e carreira profissional e apontará que o desafio é “reduzir ao mínimo a dimensão penalizante da maternidade, o que implica a conciliação entre maternidade e carreira”. E continua seu apontamento afirmando que “cometeremos um erro, se pensarmos que a receita tradicional – uma política de apoio às mães – será suficiente”. “Definitivamente, devemos concluir pela necessidade de uma *feminização* do percurso de vida masculino, se quisermos alcançar um equilíbrio positivo” (Esping-Anderson, 2008, pp.44).

Mas o nosso estudo não fala sobre a *maternidade* e suas tensões, embora utilize termos como saúde da mulher, saúde reprodutiva e gestação, parto e puerpério, este estudo é sobre uma iniciativa pública governamental focada na gestação, parto e puerpério.

Sobre as controvérsias, também quero destacar uma outra camada de questões, uma espécie de leitura sobre o cenário, mais do que o roteiro.

Não posso afirmar que consegui explicitar tudo aquilo que se *queria dizer*, as falas envolvidas estão imersas em um espaço de interação que é político, mas é técnico e científico. Espaço que eu procurei também imergir, seja através das leituras dos blogs e de outras diversas interações virtuais, seja através das entrevistas, ou seja, procurando adentrar neste espaço onde todo um conjunto de regras e costumes estão estabelecidos. Também uma linguagem e uma prática conformadas na legitimação desta órbita interativa.

Ser feminista ou participar de grupos de mulheres, grupos feministas não certifica uma circulação em todos os locais onde estas discussões ocorrem de modo que sou uma estranha nessas interações. Portanto, procurei ir conhecendo a linguagem e as práticas de forma a compreender a rotina dessas interações que

ocorrem em torno das iniciativas públicas governamentais, que por sua vez, fazem parte de um contexto específico, com atores conceitos e concepções.

A partir da chave de leitura aberta por Collins, defendo que a arena estudada neste trabalho é um espaço de expertises por interação. “A expertise por interação consiste na habilidade de se falar em linguagem especializada, e a natureza de toda uma linguagem é função de todo o ambiente – físico e social – em que ela se desenvolve” (Collins, 2010, p.55).

Para este autor

“o sucesso na transição para a expertise por interação se dá, essencialmente, por meio do envolvimento em conversas com experts. Ela é lentamente obtida com contínuas discussões sobre a ciência (ou outra habilidade técnica). [...] Por outro lado, à medida que a expertise por interação vai sendo adquirida e a ciência vai sendo mais bem compreendida, há uma progressão da ‘entrevista’ para a ‘discussão’ e desta para a ‘conversa’” (Collins, 2010, pp.51).

O foco a que nos referimos, ou seja, *saúde da mulher* é um campo que foi se consolidando através de saberes, através de um intercâmbio que foi se consolidando neste espaço em torno da Área Técnica de Saúde da Mulher, existe um saber e uma técnica. Estas ativistas desenvolveram uma expertise neste intercâmbio entre técnicos da gestão e cientistas em que elas possuem fluência na linguagem desta área que é especializada.

Assim, este ambiente constitui uma noção de saúde da mulher, que o PAISM e PNAISM podem ser uma expressão. Ao mesmo tempo, elas também são um grupo, com regras e valores próprios definindo maneiras certas de agir, logo, maneiras erradas.

Assim, a Rede Cegonha altera essa dinâmica, ao incluir novos sujeitos políticos, ela também está incluindo outras regras e valores. Ao retirar este grupo da Área Técnica de Saúde da mulher e colocar a Rede Cegonha também em outro espaço governamental, outros saberes, outros argumentos, outras razões são incluídas.

O lançamento da Rede Cegonha abriu um escopo de debates ao seu redor. Atores e noções gravitaram no seu entorno. A presidência da república, marketing político, redes pro-vida, Frente Parlamentar contra o Aborto, coordenadoras técnicas da área de saúde da mulher anteriores, pesquisadoras da área de saúde sexual e

reprodutiva. Também quero destacar um ator que pareceu ter características semelhantes, os gestores da Secretaria da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Estes também não são uma uniformidade, mas são atores neste processo, com um conhecimento técnico e atuação política. Os movimentos sociais de mulheres e feministas pluralizado, inclusive, no seu interior, destaca-se a presença da Rede de Humanização do Parto e Nascimento, blogueiras maternistas e um outro conjunto de movimentos que chamarei genericamente de movimentos feministas em que podemos localizar sua articulação no momento de instituição da MP 557.

Não é possível cindir governo e movimentos neste processo, os movimentos estão pluralizados, inclusive no seu interior. Algumas pesquisadoras e ativistas tiveram um papel mais relevante e decisivo que o próprio movimento em que atuavam.

De todo modo, ecoando as posições dos movimentos feministas, que há verdadeiramente diferenças de concepções de *saúde da mulher e saúde reprodutiva* em debate a partir da instituição da Rede Cegonha. Inclusive, estas diferenças são evidentes entre aqueles e aquelas que formularam a Rede Cegonha. De um lado, as ativistas feministas que defendem uma agenda de assistência à saúde integral das mulheres, incluindo a perspectiva de gênero na constituição de uma política de saúde reprodutiva. De outro, aqueles que estiveram presente deste a constituição da Rede Cegonha também apresentam divergências, desde aqueles que afirmam enquanto uma política materno-infantil até aquelas que apostavam nas possibilidades que esta política abriria outras possibilidade de vivências da gestação e parto.

De todo modo, a Rede Cegonha, ao colocar um silenciamento sobre a questão do aborto em uma política voltada ao parto e nascimento, apresenta o entendimento de que toda gestação é um fato, ou seja, que toda gestação está dada e será continuada. Esta gestação receberá um cuidado melhor a partir da alteração do modelo de atenção, novos processos de trabalho pautado em novas evidências científicas, possibilitando maior protagonismo da mulher no momento do parto. Na Rede Cegonha a gestação é um dado inequívoco, a captação das gestantes, antes das 12 semanas é um lema. Este é um instrumento cotidiano forte na vida das mulheres nos serviços de saúde. Esta é a orientação para o processo de trabalho

nos diversos pontos de atenção que a Rede Cegonha pretende articular visando um mudança no modelo de atenção. Uma *corrente*.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.C., **Humanização de políticas de saúde: Um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas Políticas de atenção à saúde da mulher**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

AQUINO, E.M. **Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil**. Rev. Saúde Pública 2006; 40, p. 121-132.

AQUINO, E.M.; BARBOSA, M.B.; HEILBORN, M.L.; BERQUÓ, E. *Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva*. **Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.2 Rio de Janeiro Jan. 2003**

ARMSTRONG, D. **The rise of surveillance medicine**. Sociology of Health & Illness, vol. 17, n. 3, p.393-404, 1995

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. **Prioridades nas políticas para as mulheres**. **Viomundo, 10 abril 2012**. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/amb-prioridades-nas-politicas-para-as-mulheres-na-atual-conjuntura.html>>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS. **Nota da AMNB sobre a Medida Provisória 557 de 26 de dezembro de 2011**. Viomundo, 05 fevereiro 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/articulacao-de-mulheres-negras-brasileiras-pela-revogacao-imediata-da-mp-557.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BADINTER, E. **O conflito: A mulher e a mãe**. Tradução de Vera Lúcia dos Reis. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BAPTISTA, T.W.F., MATTOS, R.A. **Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)**. In: MATTOS, R.A., BAPTISTA, T.W.F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. P.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. Ed. São Paulo: HUITEC, 1999.

_____. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BLOG DA SAÚDE. **Encontro do Ministro Padilha com Blogueiras**, 7 março 2013. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=WXnuld03Vjo>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

BLOG DA ZAZOU GESTANTE. **Eleições 2010 = Política de Assistência à Criança e Gestante = Rede Cegonha**. Disponível em: <<http://zazou.com.br/blog/?p=2988#sthash.mRwRi0fQ.dpuf>>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política - a filosofia e as lições dos clássicos**. Trad. Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BONAN, Claudia. 2002. **Reflexividade, sexualidade e reprodução. Processos políticos no Brasil e Chile**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BRAGA, J. **Cadastro de grávidas desagrada feministas**. Viomundo, 30 dezembro 2011. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/blog-da-mulher/juliana-braga-cadastro-de-gravidas-desagrada-feministas.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Projeto de Lei 2504/2007a. **Dispõe sobre a obrigatoriedade do cadastramento de gestante, no momento da constatação da gravidez, nas unidades de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicas e particulares**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=C9A64322A9393036AA483D391A202F79.node2?codteor=526556&filename=PL+2504/2007>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Projeto de Lei N 478/2007b. **Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências**. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=443584&filename=PL+478/2007. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php#. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N ° 1459, de 24 de Junho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial União. 25 de Junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011b. Diário Oficial da União. 6 de outubro de 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 01 fevereiro 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011c. Altera a portaria nº 1.459/gm/ms, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do sistema único de saúde (sus), a rede cegonha.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2014

BRASIL. **Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011d.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Mpv/557.htm>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011e. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de atenção básica à saúde, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº- 3.242, de 30 de dezembro de 2011f. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.126, de 8 de outubro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1126_08_10_2012.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77, de 12 de Janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CAFÉ COM A PRESIDENTA. **Programa 14 de março de 2011a.** Disponível em: <http://cafe.ebc.com.br/cafe/arquivo/dilma-antecipa-novidades-do-governo-para-as-mulheres>. Acesso em: 4 dezembro 2013.

CAFÉ COM A PRESIDENTA. **Programa 28 de março de 2011b.** Disponível em: <http://cafe.ebc.com.br/cafe/arquivo/mulheres-vaio-receber-assistencia-integral-da-gestacao-aos-primeiros-anos-de-vida-do-bebe>. Acesso em: 4 dezembro 2013.

CANESQUI, A.M. **A saúde da mulher em debate**. In: Revista Saúde em Debate 15/16, 1984.

_____. **Assistência médica e a saúde e reprodução humana**. Textos NEPO. Campinas, 1987.

CARNEIRO, R.G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

_____. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha** - Interface (Botucatu) vol.17 no.44 Botucatu jan./mar. 2013

CASTILHOS, C. **As cegonhas vão parir... tudo está resolvido!!** Viomundo, 2 abril 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/clair-castilhos-senhora-presidenta-ouca-as-mulheres.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

CEBES. **Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. In: Revista Saúde em Debate 15/16, 1984.

CLARKE, A et al. **"Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine"**, Am. Sociological Review, 2003, 68(2): 16-194.

COLLINS, H; EVANS, R. **Repensando a expertise**. Tradução de Igor Antônio Lourenço da Silva. Primeira Edição. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora Ltda, 2010.

CONRAD, P., et al., **Estimating the costs of medicalization**. Social Science & Medicine (2010). Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.019

CONRAD, P. **Medicalization, Markets and Consumers**. Journal of Health and Social Behavior 2004, Vol 45 (Extra Issue): 158–176

_____. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2007.

CORREA, S. **PAISM: uma história sem fim**. Revista Brasileira Estudos População. Campinas, 10(1//2), 1993.

CORRÊA, M. **Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal**. Dossiê: Feminismo em Questão, Questões do Feminismo. Cadernos Pagu (16) 2001: pp.13-30.

COSTA, A.A.; BAHIA,L.; CONTE,D. **A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.31,n. 75/76/77, p.13-24, jan/dez 2007.

COSTA, A.M. **A MP 557 não terá impacto real na redução da mortalidade materna.** Viomundo, 20 maio 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/ana-costa-a-mp-557-nao-tera-impacto-real-na-reducao-da-mortalidade-materna.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

COSTA, A.M. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil.** In: Giffin, Karen (Org). Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 319-335.

COSTA, A.M., Diniz, S. **Retomar a construção feminista para a saúde da mulher: anotações para um debate.** Blog Saúde Brasil, 31 janeiro 2011. Disponível em: <http://susbrasil.net/2011/01/31/retomar-a-construcao-feminista-para-a-saude-da-mulher-anotacoes-para-um-debate/>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COUTO, M.; GOMES, R. **Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão.** Ciênc. saúde coletiva vol 17 n°10 Rio de Janeiro out. 2012.

CRAWFORD, R. **Healthism and the medicalization of everyday life.** International Journal of Health Services, 1980.

_____. **Health as a meaningful social practice.** Health (London), 10:401, 2006.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Cienc. Saude Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005.

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.3.

DUHAMEL, O., CHÂTELET, F., PISIER-KOUCHNER, E. **História das ideias políticas.** Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2009.

FOUCAULT, M. **“A crise da medicina ou a crise da antimedicina.”** In Verve 18. Tradução de Helena Conde. São Paulo: Nu-Sol, outubro de 2010, pp. 167-194.

_____. **Em defesa da sociedade: curso do Collège de France.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.

_____. **Nascimento da biopolítica.** Coleção tópicos. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo, Martins Fontes, 2008.

_____. **Microfísica do poder.** Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2013. *A Governamentalidade.* In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed.Graal, 2013.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1. A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para Internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011. 239p

FREITAS, V. **Imagens de mulher e agenda de gênero na reta final da campanha da primeira presidenta do Brasil**. Revista Ártemis, Vol. XVI n 1; ago-dez, 2013. pp. 186-203

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. 1º Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, pp. 143-179.

HEILBORN, Maria Luiza e SORJ, Bila. "**Estudos de gênero no Brasil**", in: MICELI, Sérgio (org.) O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPES. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221.

LAQUEUR, T., 2001. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos Gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

GOMES, W. **Participação política online: questões e hipóteses de trabalho**. In: MAIA, R.; GOMES, W.; MARQUES, F. (orgs.) Internet e Participação Política no Brasil. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

LEMES, C. Rede Feminista de Saúde alerta: **A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. Entrevista Télia Negrão**. Viomundo, 5 abril 2011a. 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 01 fevereiro 2014.

_____. **Portaria do MS sobre a Área Técnica de Saúde da Mulher gera polêmica**. Viomundo, 11 abril 2011b. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/portaria-do-ms-sobre-o-programa-de-saude-da-mulher-esta-gerando-polemica.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Esther Vilela: Partos de risco habitual serão feitos por enfermeiro-obstétrico**. Viomundo, 16 abril 2011c. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/esther-vilela-do-ministerio-da-saudepartos-de-risco-habitual-serao-feitos-por-enfermeiro-obstetrico.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Rede Cegonha recebe apoio da Frente Parlamentar Contra o Aborto**. Viomundo, 27 abril de 2011d. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/rede-cegonha-recebe-apoio-da-frente-parlamentar-contra-o-aborto.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Telia Negrão: Compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde com a Rede Feminista de Saúde não são cumpridos**. Viomundo, 31 julho 2011e. Entrevistas. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Telia Negrão: Governo Dilma ainda sem rumo na saúde das mulheres.** Viomundo, 26 setembro de 2011f. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-governo-dilma-ainda-sem-rumo-na-saude-das-mulheres.html>> . Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Beatriz Galli: A MP 557 é um absurdo; em vez de proteger gestantes, viola direitos humanos.** Viomundo, 02 janeiro 2012a. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/beatriz-galli-a-mp-557-e-um-absurdo-em-vez-de-proteger-as-gestantes-da-morte-evitavel-viola-seus-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014

_____. **Fausto Pereira: Gestante que não aderir ao pré-natal está dispensada do cadastro.** Viomundo, 10 janeiro 2012b. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/fausto-pereira-dos-santos-so-a-gestante-que-nao-aderir-ao-pre-natal-esta-dispensada-do-cadastro.html>>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

_____. **Jurema Werneck: “O governo Dilma está chocando o ovo da serpente”.** Viomundo, 09 fevereiro 2012c. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/jurema-werneck-o-governo-dilma-esta-chocando-o-ovo-da-serpente.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Alaerte Martins: A morte materna invisível das mulheres negras.** Viomundo, 23 fevereiro 2012d. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Movimento feminista se mobiliza contra a MP 557.** Viomundo, 13 maio 2012e. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/movimento-feminista-se-mobiliza-contr-a-mp-557.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Caducou a MP 557: Vitória dos movimentos sociais.** Viomundo, 01 junho 2012f. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/caducou-a-mp-557-vitoria-dos-movimentos-sociais.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

_____. **Nascituro: ninguém assume a sua paternidade nem maternidade na MP 557.** Viomundo, 28 janeiro 2012g. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/nascituro-ninguem-assume-a-sua-paternidade-nem-maternidade-na-mp-557.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: 34, 1999.

LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil – instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Saúde e instituições médicas no Brasil**. In: LUZ, M.T. (Org). Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: CPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007, pp.17-39.

MACHADO, R. **Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução.** Tradução Júlio Bandeira; revisão técnica Fabíola Rohden. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATTOS, R. A. **Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos).** In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.20-51. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps

_____. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Rio de Janeiro. IMS ABRASCO, 2001. P. 39-64.

MILENA, L. **Prós e contras do programa Rede Cegonha.** *Brasilianas.org*, 16 janeiro 2012. Disponível em: <<http://advivo.com.br/materia-artigo/pros-e-contras-do-programa-rede-cegonha>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

MORSE, M.L., FONSECA, S.C., BARBOSA, M.D., CALIL, M.B., EYER, F.P.C. **Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?** *Cad. Saúde Pública* vol.27 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2011

MÜLLER, R. C. F. . **Violência, vulnerabilidade e risco na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** *REVISTA EPOS (eletrônica)*, v. 4, p. 23-32, 2013.

MÜLLER, R. C. F. **Por uma cartografia do direito do homem à saúde:** considerações sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a agenda de direitos reprodutivos e sexuais. *Conexões Psi*, v. 1, p. 35-56, 2013.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 651-657, 2005.

OLIVEIRA, C. **Rede Cegonha: saúde feminina se reduz à maternidade? E quanto ao aborto seguro?** *Viomundo*, 5 maio 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/blog-da-mulher/rede-cegonha-saude-feminina-se-reduz-a-maternidade-e-o-aborto-seguro.html>>. Acesso em 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, C. **Manter a ilegalidade do aborto é punir ainda mais mulheres pobres e negras.** *Viomundo*, 20 agosto 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/blog-da-mulher/manter-a-ilegalidade-do-aborto-e-punir-ainda-mais-mulheres-pobres-e-negras.html>>. Acesso em: 1 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **Dilma, a Rede Cegonha e os dilemas de Dona Lô.** *Viomundo*, 8 abril 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/fatima-oliveira-dilma-a-rede-cegonha-e-os-dilemas-de-dona-lo.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **Rede Cegonha retalha diretriz do Ministério da Saúde.** Viomundo, **12 abril 2011**. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/fatima-oliveira-rede-cegonha-retalha-diretriz-do-ministerio-da-saude.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **Ministério da Saúde adoça a boca do Vaticano.** Viomundo, 15 abril 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: 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **Um governo jogando na retranca.** Viomundo, 20 dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/fatima-oliveira-um-governo-jogando-na-retranca.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **Sem cuidar do aborto inseguro, combater morte materna é apenas miragem.** Viomundo, 03 janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/fatima-oliveira-sem-cuidar-do-aborto-inseguro-combater-a-morte-materna-e-miragem.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **Governo Dilma submete corpo das brasileiras ao vaticano.** Viomundo, 05 janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/fatima-oliveira-governo-dilma-submete-corpo-das-mulheres-ao-vaticano.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

OLIVEIRA, F. **A saúde da mulher na encruzilhada.** Viomundo, 28 fevereiro, 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/fatima-oliveira-a-saude-da-mulher-na-encruzilhada.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

OSIS, M.J.D. 1994. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o Programa: história de uma intervenção.** Dissertação de mestrado. Campinas. Departamento de Antropologia Social/Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Estadual de campinas.

_____. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl.1): 25-32, 1998.

PADILHA, A. **Discurso de Posse. Janeiro 2011.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/pdf/Discurso_Ministro_Padilha.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

RATTNER, D. ; SANTOS, M.L. ; LESSA, H. ; DINIZ, S. . **ReHuNa A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.** Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 4, p. 215-228, 2010.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.** Interface, Botucatu, vol.13 supl.1 Botucatu 2009.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 595-602, 2009.

_____. **Humanização na atenção a nascimento e partos: ponderações sobre políticas públicas.** Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 759-768, 2009.

RODRIGUES, K. **31 de maio sem MP 557/2011: Uma vitória para as mulheres brasileiras.** 31 maio 2012. Disponível em: <http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/?p=3887>. Acesso em 27 Jan. 2014.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo contracepção e natalidade na medicina da mulher.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n.17, p. 101-125, junho de 2002.

_____. **A construção da diferença sexual na medicina.** *Cad Saúde Pública.* 2003;19 (Supl 2):201-12.

_____. **Gênero, sexualidade e saúde em perspectiva: notas para a discussão.** In: HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.; BARBOSA, R.M.; BASTOS, F.I.; BERQUÓ, E.; ROHDEN, F. (Org). Sexualidade, reprodução e saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009, pp. 23-32.

ROSENBERG, C. **The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience,** The Milbank Quarterly 2002, 80(2): 237-260.

ROSALDO, M.J. **O que é isso, Presidenta?** Viomundo, 04 janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/maria-jose-rosado-o-que-e-isso-presidenta.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

ROUSSEFF, D. **Discurso proferido no lançamento da Rede Cegonha, realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, em 28 de março de 2011.** Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=hy86q3EN0x4>. Acesso em 15/05/2013.

SANTOS, G.G. **As múltiplas faces da medicalização: uma revisão histórica. Dissertação (mestrado)** – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.** São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. **A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais.** Dossiê: Feminismo em Questão, Questões do Feminismo. Cadernos pagu (16) 2001: pp.13-30

SCOTT, J.W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, n° 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

SELAIMEN, G., PAZELLO, M. **Um avião bombardeiro não tripulado sobrevoando o Congresso.** Viomundo, 20 março 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/graciela-selaimen-e-magaly-pazello-um-aviao-bombardeiro-nao-tripulado-sobrevoa-o-congresso.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

SHAPIN, S; SCHAFFER, S. **Leviatan and the air-pump. Hobbes, Boyle, and the experimental life.** Princetom university Press, 1985.

SILVA, L.C.F.P.; QUEIROZ, M.R.; Reis, J.G.; SANTINON, E.P.; DINIZ, C.S.G.; ARAÚJO, N.M.; TRINTINÁLIA, M.M.J. **Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente.** Âmbito Jurídico. O seu portal jurídico na internet. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10495

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M. **A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos.** In: SPINK, M.J. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 1° Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

United Nations 2002. **UN Millennium Development Goals (MDG).** Disponível em <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>.

VELHO, Gilberto. (1990). **“Uma entrevista com Howard S. Becker”.** Estudos Históricos, Vol. 3, n° 5, pp. 114-136.

VIOMUNDO. **Entidades Feministas repudiam MP do Nascituro.** 14 de janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/politica/as-duas-maiores-entidades-feministas-no-brasil-dizem-nao-a-mp-557.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

VIOMUNDO. **CUT repudia firmemente a MP do nascituro.** 24 janeiro 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/cut-repudia-firmemente-a-mp-do-nascituro.html>>. Acesso em: 01 fevereiro 2014.

VITAL, C; LOPES, P.V.L. **Religião e Política: uma análise da atuação dos parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil.** Fundação Heinrich Böll Stiftung & Instituto de Estudos da Religião (ISER), Rio de Janeiro, 2013.