

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Claudemir dos Santos

POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER BRASILEIRA:  
DE OBJETO DE REPRODUÇÃO AO SUJEITO DA CIDADANIA

Rio de Janeiro

2016

Claudemir dos Santos

POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER BRASILEIRA:  
DE OBJETO DE REPRODUÇÃO AO SUJEITO DA CIDADANIA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde. Área de concentração: Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Franco Reis

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S237p

Santos, Claudemir dos

Políticas de saúde voltadas à mulher brasileira: de objeto de reprodução ao sujeito da cidadania / Claudemir dos Santos. - Rio de Janeiro, 2016.

81 f.

Orientador: José Roberto Franco Reis

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Políticas Públicas em Saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Feminismo. 4. Rede Cegonha. I. Reis, José Roberto Franco. II. Título.

CDD 364.10425

Claudemir dos Santos

POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER BRASILEIRA:  
DE OBJETO DE REPRODUÇÃO AO SUJEITO DA CIDADANIA

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em em Educação Profissional em Saúde. Área de concentração: Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 28/04/2016

BANCA EXAMINADORA

---

José Roberto Franco Reis (FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

---

Ialê Falleiros Braga (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

---

Elaine Reis Brandão (UFRJ)

*Dedico este trabalho para todas as mulheres  
que lutaram e lutam por uma sociedade justa.  
E para os raros homens que não tem medo disso.*

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho, em especial: Professor e orientador Zé Roberto – pela paciência, dedicação e companherismo; Enfermeira Mariana – pelas trocas de plantões! Pois não sei o que faria se não fosse isso.

Ao Sérgio Viula, pela ajuda no Abstract;

Dra. Ialê Falleiros e Dra. Elaine Brandão pela ajuda e disponibilidade de sempre;

À professora Simoni pelas aulas motivadoras;

À Michele Lobo, pela ajuda no final desta trajetória;

Agradeço ainda aos demais enfermeiros e enfermeiras do Posto Salmão pela ajuda quando precisei, as minhas técnicas e a chefia – Elaine Marinho, pelo apoio.

Mais intensamente, quero agradecer a paciência da minha amada Lais, pois sei que foi difícil me suportar nesses últimos meses. E também minha mãe, que mesmo não sabendo o que significa toda essa dedicação, sempre perguntava: “e aí meu filho como vai aquele negócio da Fiocruz?”

*Era o tipo de mulher do subúrbio mesquinho, que varre a casa, lava as panelas e prega os botões com as dores do parto, pare sozinha e se levanta três dias depois, vai tratar da vida. Vida infeliz, vida porca. O homem para o lado, ela para o outro, arrastando a filha pequena, a barriga deformada, estazando-se aguentando pancadas nos olhos. Talvez estivesse na véspera de ter menino, talvez estivesse no dia, talvez já sentisse as entranhas se contraírem. Rebolar-se-ia dentro de algumas horas na cama dura, a carne cansada se rasgaria, os dentes morderiam as cobertas remendadas. E o macho ausente, ninguém para ir chamar a parteira dos pobres. Uma vizinha tomaria conta da casa, fazia o fogo, prepararia tisanas, aos repelões, rosnando:*

*- Porcaria. Que gente!*

*(Graciliano Ramos - Angústia)*

## RESUMO

De objeto de reprodução ao sujeito de cidadania. É assim que a saúde da mulher se transformou desde a década de 1960 aos dias atuais. A partir dos grupos de mulheres que depois foram chamados de movimentos feministas, a luta pela saúde se deu. Inúmeros programas de saúde foram surgindo através o Ministério da Saúde. Lutar sempre foi a caracterização de cada década. Em 1980 a mulher ganha um programa que a separa da saúde da criança; nos nos 2000, momentos importantes são vivenciados: a criação de uma política focada nas questões de gênero e diversidade bem como uma portaria capaz de reacender alguns questionamentos da década de 1960. O passado volta a ser presente. Do Programa Materno-Infantil à Rede Cegonha, foram necessários 37 anos para que, efetivamente houvesse uma mudança capaz de solidificar atitudes que antes não eram tratadas com a ênfase que merecia. Mais do que definir política social, este trabalho adverte para a importância dos grupos sociais na confecção desta.

**Palavras-chave:** políticas públicas; saúde da mulher; feminismo; Rede Cegonha



## **ABSTRACT**

From being the object of reproduction to being the subject of citizenship, that's how women's health has been transformed from the 1960's to the current days. The struggle started with groups of women which were eventually named feminist movements. A number of health programs have sprung up under the command of the Ministry of Health. Each decade has been characterized by their own fight. In 1980 women were granted a program which would treat children's health separately; in 2000 important moments were witnessed: the creation of a policy focused on issues of gender and diversity as well as a regulation capable of relighting a few questions of the 1960's. The past turns out to be present again. From the maternal and child program up to the Rede Cegonha, it took 37 years so there could be a change able to solidify attitudes that did not use to be dealt with the emphasis they deserved. More than defining social policies themselves, this work draws attention to the importance of social groups in their tailoring.

**Key-words:** public policies, women's health, feminism, Rede Cegonha

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>CAPÍTULO 1 – PARA INÍCIO DE CONVERSA: POLÍTICA PÚBLICA – UMA BREVE REFLEXÃO</b>	13
<b>CAPÍTULO 2 – DE 1974 A 2004: DE OBJETO DE REPRODUÇÃO AO SUJEITO DE CIDADANIA</b>	20
2.1 – Diferenciando os conceitos de saúde: sexual, reprodutiva e integral	20
2.2 – Alguns diálogos na ditadura	23
2.3 – A simbologia de uma política	32
<b>CAPÍTULO 3 - A REDE CEGONHA: OUTRO MODO DE PARIR</b>	42
3.1 – A trajetória da RC	43
3.2 – O que significou a criação da RC?	47
3.3 – Que novos instrumentos a criação da RC possibilitou?	49
3.4 – Sobre as críticas: um diálogo ou um debate?	52
<b>PALAVRAS FINAIS</b>	59
<b>REFERÊNCIAS</b>	63
<b>ANEXO</b>	67

## INTRODUÇÃO

“Palavra puxa palavra,  
uma ideia traz outra,  
e assim se faz um livro,  
um governo ou uma revolução”  
(Machado de Assis)

Desde 1974, ano da criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) até 2011, ano da criação da Rede Cegonha (RC), é nítida a evolução das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil. Essa evolução se deu, sobretudo, através da pressão dos movimentos sociais, especificamente, pelo movimento feminista (MF), que a partir da década de 1960, causou uma importante transformação na sociedade brasileira.

Ao iniciar a discussão, queremos ir do presente ao passado, fazendo um percurso diferente. Ao lançar a portaria que cria a RC, o Governo Federal, através da Secretaria de Políticas para as Mulheres, sofreu duras críticas vindas do MF, pois para esse grupo, tratava-se de um retrocesso no que se referia ao cuidado da saúde das mulheres. Questionaram o porquê da criação de um programa cujo enfoque era a “mulher mala”<sup>1</sup>; para o MF não era necessário voltar no passado e ressucitar, repensar ou reescrever o mesmo cuidado que naquela época era ofertado às mulheres. Assim, em 1974, o foco era a mulher enquanto objeto de reprodução.

Cabe destacar que a RC se estabeleceu como promessa e prioridade de campanha da atual presidente da República. Na época, foi prometido um cuidado humanizado e qualificado no atendimento as mulheres que desejavam ter filhos. Neste caso, a portaria em questão não teria utilidade para as demais mulheres que optassem por não ficar grávidas ou até mesmo optassem em abortar. Por tudo isso, houve novas críticas por parte de um grupo do MF. Como objetivos principais, a RC se propõe a humanizar o nascimento, reduzir a mortalidade materna e diminuir o número de cesáreas. Apesar de não estar explícito, a RC foi baseada nos Objetivos do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), que será debatido em breve.

---

<sup>1</sup> O termo “mulher mala” foi usado por Télia Negrão em entrevista ao site Viomundo no momento em que fazia críticas a RC. Traremos mais detalhes nos capítulos que seguem.

Deixemos por um momento a RC. Vamos agora aos anos de 2004, o Ano da Mulher no Brasil<sup>2</sup>. Recetemente no poder, Lula, então presidente lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Pela primeira vez, a mulher foi vista como uma cidadã, dotada de direitos e deveres. A PNAISM marca a sociedade brasileira, pois rompe definitivamente o modelo materno-infantil dos anos 1980; sua diretriz era destinada a “atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras)” e dessa forma “rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (BRASIL, 2004, p.63).

Mais adiante, estamos agora no ano de 1984, a década da efervescência criativa na área da saúde. Aqui, foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Nesta época, a criação deste foi considerada um marco pois o MF ajudou na sua confecção e assim, de objeto, a mulher era considerada sujeito da reprodução. De acordo com Mesquita (2010, p.2) “o PAISM foi um dos desdobramentos de uma política pública que tinha entre seus objetivos, a expansão dos serviços básicos de saúde através de ações integradas e da oferta de atenção primária, simplificada e horizontal.” Vale destacar que ao mesmo tempo em que se criava o PAISM, o arcabouço conceitual do Sistema Único de Saúde (SUS) também vinha sendo criado.

Por fim, o ano de 1974. Esse foi o ano fundamental que marca o início do que se tem hoje quando falamos de política pública. Marcado pelo patriarcalismo, a mulher era vista como objeto de reprodução, sendo incapaz de ser útil para outra finalidade. A mulher era apenas vista sob as lentes da maternidade. Ainda, o enfoque era o planejamento familiar, com o objetivo de reduzir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna. Para as crianças, a garantia da saúde, para as mulheres, um parto seguro (SOUZA, TYRREL, 2011); foi nesta década que avançou a “abertura política” para o fortalecimento dos movimentos feministas (SARTI, 2004, p.40).

Cabe destacar que ao falarmos do patriarcalismo ou patriarcado neste trabalho, estamos relacionando ao conceito-chave de inúmeras discussões feministas. Portanto,

---

<sup>2</sup> 2004 foi o Ano da Mulher de acordo com a Lei n.º 10.745 de 9 de outubro de 2003. Trata-se de uma nova ênfase do Governo Federal às políticas para as mulheres no país, a partir da criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República em 2003.

podemos dizer que seu significado remete a dominação masculina amparada na biologia delas. Como cita Aguiar (2000, p. 327) “este incorpora as dimensões da sexualidade, da reprodução e da relação entre homens e mulheres no contexto de um sistema escravista”. Considera ainda como uma “atenção orientada exclusivamente para o âmbito da economia ou do sistema político” e como “relações hierárquicas no contexto doméstico”.

Ao analisarmos esta trajetória, a mulher foi assumindo novos papéis, tanto nas políticas e programas ora mencionados bem como seu papel na sociedade. De 1974 até 2011, o MF sempre esteve buscando novas possibilidades para as mulheres. Parece que a RC reacendeu o termo *objeto*. É importante deixar claro que não pretendemos, no percurso deste trabalho recontar a história do feminismo no Brasil, pois iria fugir da proposta do trabalho apresentado.

Sendo assim, nosso objetivo<sup>3</sup> é analisar os documentos oficiais mencionados (PNSMI, PAISM, PNAISM e RC) se desbruçando sobre seus principais objetivos de modo a encontrar (ou não) traços semelhantes. Fazer esse resgate histórico é fundamental bem como levar em conta os depoimentos de certos grupos feministas e assim traçar um panorama que efetivamente mostre o real papel do que seria inédito para os dias atuais. É por esse caminho que vamos trilhar esse trabalho, buscando esclarecer alguns pontos, mostrando a importante contribuição dos embates entre a sociedade civil, grupos de mulheres e o Ministério da Saúde.

---

<sup>3</sup> Antes de irmos aos objetivos, quero compartilhar meu desejo pela pesquisa. Obviamente, todo desejo pela pesquisa surge por um motivador. No meu caso, são muitos outros: além de ser graduado em Enfermagem, vi por inúmeras vezes casos de violência doméstica sofrida pela minha mãe. Desde a graduação, busquei a Saúde da Mulher como fonte de inspiração para toda minha vida acadêmica. Na minha monografia, optei por estudar o acolhimento à mulher vítima de violência; na especialização, optei em pesquisar as políticas públicas voltadas à mulher de 1980 até os dias atuais e agora, busquei os fragmentos do feminismo como norteador da confecção destas políticas.

## **CAPÍTULO 1 – PARA INÍCIO DE CONVERSA: POLÍTICA PÚBLICA – UMA BREVE REFLEXÃO**

“A história nunca se fecha por si mesma e nunca se fecha para sempre. São os homens, em grupos e confrontando-se como classes em conflito, que

'fecham' ou 'abrem' os circuitos da história”

(Florestan Fernandes)

Neste trabalho, a importância do papel da mulher é sem dúvida, o ponto fundamental bem como as políticas destinadas a esse grupo social. No que se refere a política pública propriamente dita, este capítulo inicial tratará exatamente sobre o que é, como se articulam e como as necessidades delas são contruídas a partir das necessidades dos atores sociais.

Ao falarmos de política de uma forma geral, obrigatoriamente estaremos falando sobre representação de interesses e ao mesmo tempo, políticas que, uma vez implementadas, se opõem a outras que deixam de existir ou são substituídas. Assim, três pontos merecem destaques: a) como os interesses podem ser representados? b) a quem pertence esses interesses? c) E por fim, o que justifica a representação desses interesses? (COUTINHO, 1989).

Compreendemos que a *base da criação* de *qualquer criação* política advém de interesses, independente de onde são ou serão representados. Depois, entendemos que os interesses são representados dentro de uma sociedade como necessidades que devem ser supridas do ponto de vista de quem as sente. Assim, as necessidades são sentidas pela sociedade – a falta de um serviço de saúde de qualidade, uma melhor escola, por exemplo, que vão gerar cobranças por esses serviços, capazes de justificar esse interesse; cabe ao Estado representar ou responder a cobrança, dando uma resolutividade para as demandas da coletividade. Surge então as chamadas políticas públicas. Portanto, os interesses, como afirma Coutinho (1989, p. 54) “encontra seus portadores materiais”, justificando o poder da organização da coletividade. Dessa forma, atuam na defesa dos interesses comuns àquele grupo social.

O mesmo autor (1989, p.55) deixa claro exatamente isso: ele diz que “numa sociedade cujos atores políticos são constituídos a partir de múltiplos interesses, sempre postos em discussão e em confronto, assume um peso cada vez maior, na relação entre governantes e governados – ou, se quisermos, entre Estado e sociedade –, a busca de relações de consenso” E completa:

Quando o Estado representa interesses de uma única e reduzida classe, é normal que se use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; nesse caso, o consenso ocupa um lugar subalterno. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse (ou grupo de interesses) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade (COUTINHO, 1989, p. 55).

Além disso, queremos deixar claro que não pretendemos definir efetivamente o que é política pública, mas é importante trazer conceitos já formulados para que possamos nos posicionar diante das discussões que virão no decorrer do trabalho. Neste sentido, “a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”.(SOUZA, 2007, p.68). A mesma autora ainda afirma que “política pública é 'uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas’”.

Algo semelhante é o que diz Vianna (2002). Ao falar sobre política social, esta autora engloba duas “armadilhas” que faz relação com a definição do que é a política em si. Ela diz que a própria literatura especializada não define de forma precisa o termo em questão, e assim trás para o debate a concepção derivada das Ciências Sociais: a noção de que política social significa uma “ação do governo com objetivos específicos”. A questão das armadilhas estão exatamente ligadas à própria definição. Vejamos:

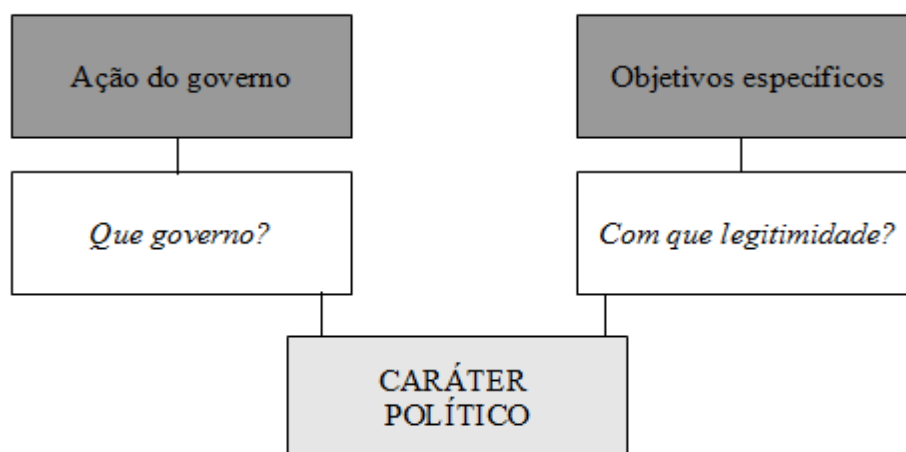


Figura 1 – Elaborado a partir de Vianna, 2002, p.1

Pela ilustração acima, é importante saber que a questão da ação do governo é produzida a partir de diferentes estruturas institucionais e estas por sua vez, mostram suas particularidades, principalmente quando se trata de governos ditatoriais ou democráticos. A primeira *armadilha* faz relação com o governo – a entidade que produz a ação. Mas o que é o governo? Partindo dessa análise, é o formulador das políticas, produzidas através de uma pressão social ou não, sendo influenciada por diferentes interesses – conforme Coutinho nos esclarece acima. A segunda armadilha faz relação com a legitimidade da ação produzida, que também a autora afirma ter relação com as questões ditatoriais e democráticas. De todo modo, em ambos os casos, o fator norteador para as demandas socio-políticas é o caráter político, que é o balizador de tudo o que é ou foi produzido quando falamos das políticas produzidas até o momento. Sobre essa questão Vianna afirma:

Assim, percebe-se que, mais do que conferir rigor absoluto ao conceito de política pública, é importante considerar seu caráter político, e, portanto circunstancial, o que equivale a dizer historicamente inteligível. Como política pública, portanto, a política social deve ser entendida em sua dimensão política e histórica. E é contemplando estas dimensões, sempre articuladas, que se pode avançar um pouco mais na definição de política social e na identificação de seu objeto (VIANNA, 2002, p. 1).

Vianna ainda envolve outros fatores sobre a definição do termo política que vale a discussão<sup>4</sup>. Citando Marshall ela diz que “política social é um termo que, embora amplamente usado não possui definição precisa. O significado que lhe é dado em contextos particulares é em grande medida matéria de conveniência ou convenção”. (VIANNA, 2002, p. 2). Pensando dessa forma, entendemos que em caráter de produção política, há o envolvimento do processo

---

<sup>4</sup> Na medida em que a discussão avança, novos questionamentos são trazidos para o debate, seja ligados às vias da própria definição, bem como aos fatores históricos sobre o surgimento das políticas de proteção social advindas da Europa Ocidental. No caso deste trabalho, ainda que estejamos falando sobre o que é ou como pode ser considerada a política pública, não cabe a discussão para além disso pois, no que tange ao referido processo de pesquisa, cabe apenas fazer uma breve reflexão do significado do termo, levando em consideração a importante contribuição dos movimentos sociais. Para maiores esclarecimentos sobre isso, sugerimos a leitura de Vianna (2002).



histórico formador da sociedade – esse processo histórico é o primeiro aspecto, que envolve questões da saúde, tecnologia, economia e outros. O segundo aspecto, conforme a mesma autora cita, referencia o papel dos atores sociais e como eles podem promover o andamento político da agenda pública. Assim, mais do que definir política social, este trabalho adverte para a importância dos grupos sociais na confecção delas.

Dessa forma, política social é algo contraditório, pois é um produto que relaciona direitos da cidadania. Como a autora abaixo afirma, não é um processo linear, tampouco pode ser considerada como um fator positivo ou negativo. O que ocorre portanto é uma “correlação de forças” (PEREIRA, 2008, p.166). É assim, a partir da contradição que os grupos subalternos e trabalhadores podem usá-la de forma favorável. “A diminuição progressiva da jornada de trabalho, até a sua fixação em oito horas, é um avanço substantivo dos direitos sociais”, como afirma Coutinho (1989, p. 54). Ao afirmar isso, o autor quis dizer que “o Estado já não representa apenas os interesses comuns da burguesia; ele é obrigado, pela pressão 'de baixo', a se abrir também para outros interesses, provenientes de diferentes classes”. Ao tempo em que,

Essa vitória é importante, entre outras coisas, porque indica um fato novo: a possibilidade de, no interior da classe burguesa, ainda sob a dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representação de interesses (ainda que parciais) das classes subalternas, com a conseqüente formulação de políticas que respondam a demandas provenientes dessas classes. Se a fixação legal da jornada de trabalho é uma vitória da economia política da classe operária, como disse Marx, isso significa que algo mudou na natureza do Estado(...) (COUTINHO, 1989, p. 54).

O que nos faz entender que, dentro de uma sociedade, as disputas estão dadas. Sempre haverá dois lados, no mínimo, que debatem constantemente entre si, na busca por condições de desenvolvimento daquilo que é seu interesse. A política social se desenvolve aí: seu propósito ultrapassa o mero sentido de produzir uma ação. Teoricamente, no sentido econômico, preocupa-se com o bem-estar da sociedade, produzindo o acesso à saúde, educação, trabalho, segurança alimentar, entre outros serviços (PEREIRA, 2008, p.170). É algo mutável, adaptável e influenciável. Isso quer dizer que o “conceito de política social só tem sentido se quem a utiliza acreditar que deve (política e eticamente) influir na realidade concreta que precisa ser mudada” (PEREIRA, 2008, p.171).

Ou seja, ao criar mecanismos como as políticas públicas, o objetivo é resolver determinada demanda; podemos falar que trata-se portanto de uma intervenção na situação-problema, o que configura o termo *política de ação*. “Portanto, embora a política pública seja

regulada e frequentemente provida pelo Estado, ela também engloba demandas, escolhas e decisões privadas, podendo (e devendo) ser controlada pelos cidadãos. Isso é o que se chama de controle democrático” (PEREIRA, 2008, p. 174). “Política pública expressa, assim, a convesão de demandas e decisões privadas e estatais em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos”, “por isso, o termo público que a qualifica como política tem um intrínseco sentido de *universalidade* e de *totalidade*” (PEREIRA, 2008, p. 173-174).

Política de ação portanto, refere-se a um “esforço organizado e pactuado” para atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea” o que envolve “decisão coletiva regida por princípios de justiça social, que por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos” (PEREIRA, 2008,p.172). “Políticas públicas repercutem na economia e na sociedade, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as interrelações entre Estado, política, economia e sociedade” (SOUZA,2007 ,p.69); é algo que traz uma mudança dentro de uma arena entre atores sociais levando em consideração as especificidades de cada um. Assim, cabe informar que o conceito aqui trabalhado dar-se-á no sentido de política de ação.

A criação das políticas públicas de saúde, especificamente é de extrema importância pois assegura para o sujeito coletivo<sup>5</sup> um espaço de vivência e sobrevivência; “o termo público, associado à política, não é uma referência exclusiva ao Estado. Refere-se, antes, à coisa pública, do latim *res* (coisa), *publica* (de todos), ou seja, coisa de todos, para todos (PEREIRA, 2008, p. 173).

Citando Lowi (1964,1972), Souza (2007, p.68) diz que a “política pública faz a política”. E continua: “com essa máxima, Lowi quis dizer que cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas”. A mesma autora, ainda citando Lowi, diz que “a política pública pode assumir quatro formatos”: políticas distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas. Assim, “cada umas dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, processando-se dentro do sistema político de forma também diferente” (SOUZA,2007, p.73)

---

<sup>5</sup> Poderíamos dizer que a inclusão das classe social das domésticas no sistema previdenciário é um avanço na saúde da mulher pobre e trabalhadora na atual sociedade brasileira.

Dentro destes quatro formatos, Souza discute cada forma diferente (tipologias<sup>6</sup>) que elas podem assumir; para este trabalho, não é importante a discussão de todas elas; o que nos remete ao objeto de pesquisa, serão inseridas na discussão a seguir, portanto as tipologias Ciclo da Política Pública e Arenas Sociais.

No caso do Ciclo das Políticas Públicas, no tocante ao que nos efetivamente interessa, destacamos que nesta tipologia, há uma busca pela formação de estágios, cada etapa tem um fundamental papel para o efeito final da produção da política: o primeiro passo é definir o que é a agenda e depois buscar as alternativas; em seguida, avaliar opções, selecioná-las, implementá-las e por fim, avaliar o processo como um todo. Outro ponto que deve ser observado, é como o governo define sua agenda. Para Souza (2007, p.74) essa questão deve envolver três respostas: “a primeira focaliza os problemas, isto é, problemas entram na agenda quando assumimos que devemos fazer algo sobre eles. O reconhecimento e a definição dos problemas afetam os resultados da agenda”. No caso da segunda resposta ela diz que o foco é a própria política, sendo portanto, construído a “consciência coletiva sobre a necessidade de se enfrentar um dado problema”. Um ponto importante: “segundo essa visão, a construção de uma consciência coletiva sobre determinado problema é fator poderoso e determinante na definição da agenda” (SOUZA, 2007, p.74). Por fim, a terceira resposta envolve os participantes, que podem ser visíveis ou invisíveis: estes são os acadêmicos e a própria burocracia; aqueles são os próprios políticos, além da mídia, grupos de pressão e outros, que diríamos ser os principais atores e atrizes envolvidas. A discussão desta tipologia, bem como a próxima, será ainda mais significativa quando falarmos das políticas públicas voltadas à mulher, principalmente sobre a Rede Cegonha.

A outra tipologia mencionada, a Arena Social ou Arenas Sociais, faz sentido quando existe algum problema e as pessoas se sentem obrigadas a resolvê-lo. Neste caso, surgem os *policy makers* (produtores de políticas). Assim, estes “passam a prestar atenção em algumas coisas e questões e ignorar outras” (SOUZA, 2007, p.76). Mas de que forma isso se dá? Para Souza (2007, p. 76), “existiriam três principais mecanismos para chamar a atenção dos decisores e formuladores de políticas públicas: (a) divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; (b) eventos tais como desastres ou repetição continuada do mesmo

---

<sup>6</sup> Incrementalismo, Modelo Garbage Can, Coalizão de Defesa, Equilíbrio Interrompido, Modelo Influenciados pelo Gerencialismo Público e pelo Ajuste Fiscal, além das tipologias Ciclo da Política Pública e Arenas Sociais. Para melhores esclarecimentos sobre cada uma delas, sugerimos ler Souza, 2007.

problema; (c) feedback, ou informações que mostram as falhas da política atual ou seus resultados medíocres”.

Após esse misto de definições, podemos afirmar que “política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos” (Peters, 1986, *apud* Souza, 2007, p. 68), “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” (Dye, 1984, *apud* Souza, 2007, p. 68). Na nossa perspectiva, poderíamos dizer ainda que “(...) a política social tem que ser vista como uma política que, antes de interrogar sobre os recursos a serem distribuídos, leva em conta as posições desiguais dos cidadãos na estrutura de classes da sociedade”. E por ocasião disso, “a política social deve também contemplar o conhecimento de como se criam as necessidades e de como estas se distribuem, com o objetivo de modificá-las” (PEREIRA, 2008, p. 172).

Como veremos adiante, o discussão em torno da Rede Cegonha foi e é fundamentada exatamente porque lida com as questões dos interesses e necessidades. Afinal, “no interior desses dois limites, diz Marx, verifica-se um conflito de direito contra direito, o direito do trabalhador de lutar pelo aumento do salário e o direito do capitalista de batalhar pela sua conservação ou redução. Ora, quando dois direitos iguais se enfrentam, o que decide – em última instância – é a força” (COUTINHO, 1989, p. 56). A força da argumentação sem dúvida fará parte do contexto que será apresentado nos embates entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais.

Muitas definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas. Críticos dessas definições, que superestimam aspectos racionais e procedimentos das políticas públicas, argumentam que elas ignoram a essência da política pública, isto é, o embate em torno de ideias e interesses. Por concentrarem o foco no papel dos governos essas definições deixam de lado o seu aspecto conflituoso e os limites que cercam as decisões dos governos. Deixam também de fora possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre os governos e outras instituições e grupos sociais” (SOUZA, 2007, p. 68-69)

Ao assumir a posição de cidadã, a mulher introjeta-se na cultura política como um sujeito social cuja trajetória mostra-se cumulativa, seja de direitos civis - o que consideramos liberdades individuais, direitos políticos e sociais, concepção que está presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU em 1948 e em diversas convenções da OIT (VIANNA, 2002, p.5).

Nos próximos capítulos, a sequência deste será dada. Continuaremos falando de política pública efetivamente criada pelos órgãos competentes, numa trajetória que buscará,

através do contexto de cada época, mostrar as articulações entre o Estado e a sociedade civil, numa espécie de *coagulação social heterogênea* – termo que criamos para definir o debate entre o Ministério da Saúde e os movimentos feministas. Usando os termos emprestados das Ciências da Saúde, coagulação é quando ocorre um processo de aglutinação, é uma passagem de um estado (líquido) para outro (sólido). Portando união social; no caso da palavra heterogênea, ela tem sentido no que é diferente. Aqui, a concepção de política virá amparada no conceito de política de ação, seja por parte do Estado e/ou da sociedade civil, no que chamamos de união das diferenças; assim, “a ampliação da cidadania política e social leva a uma importante transformação na ordem liberal, no Estado capitalista”, transformação que – no que aqui nos interessa – “manifesta-se na abertura do espaço político à representação de novos interesses”(COUTINHO, 1989, p. 54).

## **CAPÍTULO 2 – De 1974 a 2004: DE OBJETO DE REPRODUÇÃO AO SUJEITO DE CIDADANIA**

O capítulo que se inicia tem como propósito fazer um breve histórico a respeito das décadas de 1970 aos anos de 2004 no que tange às questões de saúde da mulher e seus principais programas desenvolvidos neste período pelo MS. Antes disso, é consideravelmente importante discutir o termo *saúde da mulher*, visto a importância deste para o desenvolvimento da pesquisa em questão e diferenciá-lo dos termos *saúde sexual/reprodutiva* e *saúde integral* – que aqui, terá o significado de assistência integral.

### **2.1 – Diferenciando os conceitos de saúde: sexual, reprodutiva e integral**

Entender o que saúde da mulher significa é ir ao encontro de outros fatores importantes. As mulheres são a maioria da população brasileira, mas isso não impede que elas ainda sejam tratadas como minoria, subordinadas, e como as suas atividades ainda estão relacionadas à maternidade, ao cuidado e educação da família, temos que considerar as dimensões como patriarcado e machismo, pois percebemos que ainda há uma distância considerável para mudar a atual realidade.

Ao falarmos sobre essa distância, cabe falar também das questões de gênero, que por sua vez é a base da desigualdade, que diferenciam homens e mulheres; sendo assim, contribuem como sendo um determinante que deve ser considerado, levando em conta, as condições que a saúde da mulher revela. Gênero, é o “elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres” sendo uma construção social e ao mesmo tempo histórica. É assim “construído e alimentado” através dos “símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres” (PNAISM, 2004, p.12). Portanto, enfraquecem os campos de atuação dos sujeitos, homens e mulheres, e mais ainda, a atuação delas, exatamente porque recaem sobre elas as desvantagens da manutenção da família, da saúde, ainda mais se esta mulher tem alguma deficiência física, se for negra, lésbica. Concomitantemente, “devemos considerar que os termos 'mulher', 'reprodução' ou 'sexo', em torno dos quais se articulam uma série de práticas sociais, não se referem a objetos fixos e constantes, cujos valor e significado são intrínsecos e imanentes”. Sendo assim, “'mulher', 'reprodução' e 'sexo' são termos que

descrevem objetos-funções cujos valores e significados têm variado ao longo da História” (VILLELA, ?, p.1).

O conceito de saúde da mulher tem vários significados; para uns, a ênfase recai sobre a questão biológica, outros usam a anatomia ou até mesmo, outros que envolvem as questões de cidadania e direitos humanos. De acordo com a PNAISM (2004, p.11), “nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo”. Por vezes, o significado recai a uma visão mais retrógrada: “limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero”.

Sobre a saúde sexual, sua proposta “busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina”. Neste sentido, a idéia de “saúde sexual” englobaria as definições anteriores, tanto quanto demarcaria uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais. (VILLELA, ?, p.1).

Para Mandú e colaboradores (1999) o conceito de integralidade, em relação ao campo da saúde, ganhou notoriedade a partir das lutas sociais, na década de 1980, fazendo uma íntima relação com a Reforma Sanitária. A ideia era integrar ações. Assim, "é nesse processo de luta e de conquistas que o conceito de atenção integral à saúde da mulher ganha espaço e incorpora-se no delineamento de uma política dirigida ao grupo. Desde então, a menção a ele é frequente - em planos políticos, na produção de conhecimentos e em práticas voltadas à saúde feminina" (MANDÚ et al, 1999, p. 31).

Segundo o MS, assistência integral “envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde” e completa: “onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter nos serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde” (BRASIL, 1985).

Pelo exposto, temos:

A distinção entre “saúde da mulher”, “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” não repousa apenas na referência ao suposto objeto ou função que direciona a ação. Na medida em que “mulher”, “reprodução” ou “sexo” não são objetos naturais, mas sim culturalmente construídos e transformados, a emergência de cada um destes termos no vocabulário de indivíduos envolvidos com a conquista de autonomia das mulheres tem uma historicidade e marca o posicionamento ativo de muitas mulheres na construção dessa história. A proposição “saúde integral da mulher”, por exemplo, visa tomar as mulheres como sujeitos e não como objetos reprodutivos, surgindo para se contrapor à idéia de saúde materno-infantil. A formulação “saúde reprodutiva”, que vai suceder a proposta de saúde integral da mulher, assinala, no

espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever (VILLELA, ?, p.1).

Para além disso, após reunir as concepções de saúde discutidas, daremos início ao histórico da formulação dos programas desenvolvidos na décadas estudadas, dessa forma contextualizando os espaços ora permeados pela política e pelos movimentos sociais.

## 2.2 – Alguns diálogos na ditadura

Dos anos 1970 aos 1980, a sociedade brasileira passou por momentos tão importantes quanto diferentes. Lutar por uma saúde de qualidade sempre fez parte da história. O desenvolvimento do SUS foi um marco na nossa sociedade e sem essa luta, não existiria o que nos é tão explícito hoje. O MF fez isso quando buscou uma saúde de qualidade para as mulheres nessa época. Como afirma Mesquita (2010, p.46), “os novos movimentos sociais surgidos em meados dos anos de 1970, no Brasil, revelaram novos atores em luta por políticas sociais que garantissem direitos básicos de sobrevivência diante dos problemas urbanos da sociedade capitalista(...)”

A década de 1970 foi marcada pela ditadura. Mas, como nossa intenção não é recontar a história dessa ditadura, traremos apenas um quadro-resumo 1 que trará alguns pontos de interesse. O que se faz necessário é trazer alguns fragmentos da história que foram importantes para a confecção dos programas de saúde que serão o núcleo deste trabalho.

Quadro-resumo 1

Período	Características principais
Ditadura Militar <sup>7</sup> (1964 – 1985)	Saúde pública a cargo do MS, de baixa qualidade e limitada; Unificação dos IAP (Instituto de Aposentadorias e Pensões), que originou

<sup>7</sup> “O período da ditadura militar que perdurou por 20 anos foi cortado por conjunturas específicas: a primeira fase de 1964 a 1968 – e de institucionalização da ditadura; a segunda fase de 1968 a 1974 – de expansão da industrialização com capital internacional ou período do milagre brasileiro [com um acirramento da repressão – os ditos anos de chumbo]; a terceira fase de 1974 a 1984 – de crise econômica e do regime militar e abertura política” (AGUIAR, 2011, p.29).



	<p>o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966;</p> <p>Criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) em 1977, desmembrando as ações de assistência médica do INPS;</p> <p>As políticas de saúde privilegiavam o setor privado;</p> <p>Assistência médica previdenciária centrada na doença e em procedimentos, sendo de baixa qualidade e alto custo, culminando com a falência do INAMPS;</p> <p>Início do movimento da Reforma Sanitária<sup>8</sup> (década de 1970);</p> <p>Criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983.</p>
Nova República (1985 – 1988)	<p>Fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária;</p> <p>8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986;</p> <p>Início do processo de descentralização das ações de saúde para estados e municípios;</p> <p>Criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e do SUS em 1988.</p>
Pós-constituente	<p>Extinção do INAMPS;</p> <p>Adoção dos princípios e diretrizes do SUS;</p> <p>“Saúde direitos de todos e dever do Estado”;</p> <p>Enfrentamento de muitos problemas para a implantação do SUS;</p> <p>Enfrentamento de grupos corporativistas e empresariais que são contrários ao SUS, por questões econômicas e financeiras temerosas.</p>

Fonte: PASSOS, 2015, p.20

Numa época de opressão, lutar por uma saúde digna era um ato heróico. Viver naquela época também não era fácil. Se, para os homens a situação era grave, para as mulheres era

<sup>8</sup> “O projeto do movimento sanitário tinha como ideário a proposta de um sistema único e estatal, sendo o setor privado suplementar e sob controle público e descentralizado. A pretensão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde, sendo a saúde definida como um direito do cidadão e dever do Estado” (SANTOS, 2005, p. 4).

duplamente pior. A violência reinava através do patriarcado e as mulheres sofriam, através das palavras ou por atitudes. Sob as lentes da ditadura e da sociedade, ser mulher era desempenhar seu único papel: mãe, responsável pela educação dos filhos, cuidados domésticos e da família. Era, por assim dizer, objetos de reprodução. E se era isso apenas, a saúde era baseada a partir desse enfoque, portando, voltada ao binômio mãe-filho. O modelo de atenção era através de uma prática curativa e assistencial como relatam Souza e Tyrrel(2011). As mesmas autoras dizem ainda que nesta época o enfoque era caracterizado por uma assistência médica-hospitalar.

Apesar disso, a prática educativa tornou-se uma nova e importante estratégia para reforçar a autonomia dos grupos populares. Nesses grupos de conversa, as mulheres podiam se expressar da forma mais livre e natural que quisessem, sem medo de recriminações e preconceitos; expressavam suas experiências, alegrias e tristezas, fundando os alicerces de uma identidade moral enquanto um grupo social – ganhando assim cada vez mais densidade; se por uma lado as feministas relacionavam problemas e procuravam resolutividade, o mesmo acontecia com os sanitaristas (ambos os grupos pensavam, através de uma conscientização mútua, mudar a realidade na qual viviam).

O surgimento desses novos atores, possibilitou uma nova forma de organização política, mas ainda sobressaiam os mecanismos corporativistas bem como clientelistas, o que organizava o sistema de proteção social na época. A medida em que programas sociais iam surgindo na ditadura, as distorções como o desemprego e a falta de um atendimento adequado no campo da saúde ganhavam força; isto acontecia porque os recursos eram escassos e a expansão dessa cobertura se deu sem a devida manutenção ou até mesmo melhoria da qualidade dos serviços, principalmente quando se referia as questões de saúde e educação (MESQUITA, 2010).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres (...)(BRASIL, 2011, p. 15).

Neste sentido, em 1974 surge o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil<sup>9</sup> (PNSMI), cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da

---

<sup>9</sup> “O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação

mulher e da criança. Além disso, pretendia melhorar a qualidade das informações, melhorar a infraestrutura de saúde, estimular o aleitamento materno, prevenir a desnutrição, melhorar e ampliar a qualidade das ações destinadas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. (BRASIL, 2011)

É por isso que no âmbito do MF houveram tantas críticas pois consideravam o projeto reducionista na forma como era tratada as mulheres. A perspectiva gravídico-puerperal era a lente fundamental do sistema governamental. Assim, como veremos nas próximas linhas, o MF foi de extrema importância para o desenvolvimento dos programas e políticas públicas voltadas para superação da visão ora mencionada.

Dizemos ainda que foi a partir desse momento que o MF inseriu na sua luta questões além das ligadas à gravidez; levaram a bandeira das discussões sobre gênero, igualdade salarial, sexo e criação dos filhos, por exemplo. Diante do exposto, podemos dizer que “o feminismo traduz todo um processo que tem raízes no passado, que se constrói no cotidiano, e que não tem um ponto predeterminado de chegada. Como todo processo de transformação, contém contradições, avanços, recuos, medos e alegrias.” (ALVES; PITANGUY, 1985, p.7). Elas transformaram - e transformam “os modelos políticos tradicionais, que atribuem uma neutralidade ao espaço individual e que definem como *política* unicamente a esfera pública, 'objetiva'”(ALVES; PITANGUY, grifos do original, 1985,p.8).

A década de 1980 significou e significa muito para a sociedade brasileira. Primeiro porque marca o fim da ditadura e depois, pela criação do SUS. Especialmente para as mulheres, essa década também seria de grande importância. Assim,

La política de salud dirigida a la mujer, en los años 80, presentó, sin duda, importantes avances en el país decurrentes de compromisos políticos internacionales y nacionales que implicaron en la promoción de eventos locales, regionales y provinciales para la discusión de cuestiones de salud de la mujer (SOUZA; TYRREL, 2011, p.72).

Nesse mesmo período, saliento a importante contribuição de alguns eventos ocorridos sobre a temática em questão. No ano de 1985, ocorreu em Nairobi (Kênia) a Conferência Mundial da Mulher. Outro evento importante ocorreu no Ceará, organizado pela OMS: Conferência Internacional – Tecnologia Apropriada para o Nascimento. Segundo Souza e

Tyrrel, este evento estabeleceu o parto como processo fisiológico, assim como propôs algumas recomendações, estimulou o respeito e autonomia e o direito ao acompanhante. Já no ano de 1987, em Costa Rica, aconteceu o V Encontro Internacional Mulher e Saúde. Neste momento,

Fueron profundizadas las cuestiones relacionadas a la muerte de mujeres durante el embarazo, el parto, el post-parto y en el transcurso de hemorragias e infecciones de abortos apenas mal hechos o clandestinamente realizados, estableciéndose estrategias para el combate de esas muertes, que en 98% son de causas evitables, determinándose, así, la constitución de los Comités Nacional y Provincial de Mortalidad Materna(SOUZA;TYRREL, 2011, p.72).

Neste mesmo ano, no Kênia, acontecia a Conferência: Iniciativa a Maternidade Segura, cujo propósito era reduzir até os anos 2000 em 50% os casos de mortes maternas; este evento contribuiu para o desenvolvimento de várias ações, eventos nacionais, estaduais e municipais servindo de base para o Pacto contra a Mortalidade Materna e Perinatal (SOUZA;TYRREL, 2011, p.72).

Após os avanços da democracia, em 1983, num evento do MS, que naquele momento discutia o crescimento populacional, o então ministro da saúde, Waldyr Arcoverde, elaborou uma proposta que possibilitaria um avanço para a saúde das mulheres brasileiras. Tratava-se do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Mas, antes de falarmos sobre o objetivos dessa proposta, há a necessidade de levantar alguns pontos relativos a equipe técnica que elaborou o programa em questão, que na época, pelo menos de forma aparente, “surpreendeu” a sociedade. (OSIS, 1998, p.26). De um lado estava Ana Maria Costa, pertencente à equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), Anibal Fagúndes e Osvaldo Grassioto, ambos ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (OSIS, 1998)

Um imenso significado tem essa equipe, sobretudo, o papel da Ana Maria Costa, pois aqui a abertura política efetivamente acontecia. Novos caminhos eram traçados pelo MF. Como cita Pimentel (2014), no campo acadêmico, entre os anos de 1970 e 1980, há um considerável número de publicações sobre as mulheres, seja sobre as questões de gênero e até mesmo sobre o determinismo biológico. Assim, o debate sobre o real papel da mulher era cada vez mais discutido. Como afirma Osis, ao incluir duas mulheres na equipe técnica do

Programa, preparava-se a aproximação com o movimento organizado de mulheres.

A formação delas também se relacionava à intenção do governo de vencer possíveis oposições ao programa: uma socióloga, portanto alguém não médico, e uma médica sanitária vinculada ao próprio movimento de mulheres, o que lhe conferia uma posição diferenciada em relação ao chamado poder médico que tradicionalmente era visto como opressor (OSIS, 1998,p. 26).

Assim, o programa, formulado por elas, voltou-se para a recuperação do corpo das mulheres, pois, ao tempo em que há o desconhecimento sobre este, se “gera uma alienação, uma perda da capacidade de controle sobre suas funções, tais como a menstruação, a reprodução, as relações sexuais, o controle da natalidade, a menopausa, etc” (ALVES; PITANGUY, 1985,p.62). “Como ter saúde sem conhecer o corpo?” Essa foi a pergunta essencial para que as mulheres buscassem essa recuperação. A medicina se apropriou do corpo feminino, com o objetivo de construir *diálogos inacabados*: só o médico falava, ditava as regras, as medicações, o que ele (o corpo) poderia representar para a mulher! “Más que un programa normativo del Ministerio de la Salud, el PAISM representaba para los movimientos sociales una estrategia capaz de modificar la forma de asistir a la mujer, considerando esta como sujeto de la salud reproductiva” (SOUZA; TYRREL, 2011, p.72).

Mais importante do que a visão unitária de cada indivíduo é, perceber a real importância da luta, para que todos, homens e mulheres, possam contribuir para a construção, ou melhor, reestruturação, de uma sociedade mais justa e igualitária. Reestruturação, pois não podemos construir o que já existe. Mas isso é um debate difícil de fazer porque move vontades, indefinições, individualidades e identidades tão complexas como a definição desta última.

Para Hall, o *slogan* do feminismo era “o pessoal é político” (2006, p. 45), ou seja, as demandas sobre a família, sexualidade, condições de trabalho e educação ganhariam uma certa notoriedade. Para Del Priore (1997), os grupos que conseguiram se organizar e ao mesmo tempo, se mobilizar, puderam ganhar espaços e projeção política na esfera do Estado, cuja soma das reivindicações foram vistas por mediadores que reconheceram essas necessidades de mudança. Enfim, “embora o feminismo comporte uma pluralidade de manifestações, ressaltar a particularidade da articulação da experiência feminista brasileira com o momento histórico e político no qual se desenvolveu é uma das formas de pensar o legado desse movimento social” (SARTI, 2004, p. 36 ) e é exatamente por isso que podemos afirmar que o feminismo no Brasil marcou uma importante época, ao mesmo tempo que

diferenciou gerações de homens e mulheres e modificou as nossas formas de pensar e nos permitiu viver essas questões (SARTI,2004). É o que ocorre no caso do PAISM: vimos a organização do movimento da pluralidade de mulheres.

É pensando nessas questões tão plurais e peculiares que surgiu a ideia do *Programa*. Pensar no âmbito da saúde como um problema pessoal, foi uma ideia transformadora, como destacam Pimentel e Osis: o grupo de profissionais da Unicamp tinham um serviço de saúde vertical e hierarquizado. Assim, uma mulher era atendida e encaminhada para os diversos serviços de saúde. O PAISM foi desenvolvido seguindo essa lógica. Através de uma assistência integral, a diferença com o programa anterior estava aí: era a "atenção integral à saúde da mulher" (AISM). O sentido integral do programa de fato foi o que o diferenciou do programa anterior pois mostra que a assistência a saúde pode e deve ter um foco voltado ao cuidado total do ser humano e não apenas num sentido restrito.

Como afirma Osis (1998, p. 31), neste contexto "as mulheres deixavam de ser vistas apenas como parideiras e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério". Portanto, para Osis, reconhecer as emoções como significantes no processo de saúde-doença, enxergando a mulher como um ser completo e não separado por órgãos; seria o ponto essencial da assistência, portanto, do programa (OSIS, 1994).

Desta forma, la propuesta gubernamental de asistencia a la mujer estaba fundamentada en la concepción de integralidad, que aseguraba en el discurso oficial la atención en los servicios de salud, de los niveles más simples de atención a los más complejos, comprendiéndola en el ciclo vital y no sólo en la etapa del periodo reproductivo (SOUZA; TYRREL, 2011, p.72).

Pimentel (2014, p.107) sugere que "as discussões que proporcionaram a construção do PAISM vinham romper com uma lógica estabelecida tanto nos serviços públicos como privados" e afirma ainda que "o PAISM introduz uma nova perspectiva de ações para a saúde da mulher" pois o PAISM emergiu do contexto de que havia vários sujeitos políticos no "movimento de mulheres". Souza e Tyrrel (2011, p.72) complementam:

Así, el PAISM presentó innovaciones fundamentales, al contemplar la mujer como sujeto activo, siendo consideradas todas las etapas del ciclo de vida incluyendo las acciones en tres áreas de actuación: asistencia clínico-ginecológica, enfermedades sexualmente transmisibles y climaterio, además de las acciones envueltas para: concepción, contracepción, asistencia prenatal, asistencia al parto y al puerperio inmediato.

Pelo exposto, não há dúvidas quanto ao processo de evolução, sobretudo no que a mulher representa em cada década e o programa ora citado. Se o PAISM apresentou fundamentais inovações, foram sem dúvidas causadas a partir de um diálogo, por assim dizer, entre dois interessados – MS e MF. Pensar numa saúde integral foi fundamental para começar a se ter um acesso melhor aos serviços de saúde. Falamos portanto de um processo e não somente de um programa. Aos falarmos em processo estamos querendo dizer que é dividido por etapas, situações e ações continuadas, que se bem coordenadas, surtem o seu objetivo fundamental.

Assim, entendendo que o contato com essas mulheres é dado através de diferentes profissionais, cada um, na forma de seu desempenho profissional, buscaria informações que possibilitaria para elas uma assistência voltada para suas questões nas três esferas<sup>10</sup>: mental, social e física. Nesse contexto, afirma Osis (1998, p. 27) “atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério” bem “à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção”. Por conseguinte, como afirma Villela (? , p.1), “a proposta de atenção integral à saúde da mulher implica ainda na articulação entre os diferentes setores e níveis de assistência, o que, na prática, tem sido um dos grandes entraves à sua operacionalização” e completa: “ao mesmo tempo, é o discurso crítico aos programas de atenção materno-infantil que dará suporte à disseminação da contracepção”.

Um interessante posicionamento é observado no discurso de Villela. Ela problematiza a saúde integral como determinada por alguns aspectos proveniente das questões psicológicas, gênero e autoconhecimento.

A proposta de saúde integral da mulher está baseada, portanto, nas premissas sobre a determinação social do processo saúde e doença e na perspectiva do gênero, organizador social que dá suporte à desigualdade entre mulheres e homens. As ações derivadas desta proposta deveriam incluir o reconhecimento do impacto da subordinação sobre a saúde e a busca de modos de romper com esta situação. Neste sentido, é dada grande ênfase às práticas educativas visando o autoconhecimento e às questões de saúde mental, a partir do reconhecimento de que grande parte do sofrimento psíquico feminino está relacionado às pressões que a cultura de gêneros exerce sobre as mulheres (Villela,?, p.3)

---

<sup>10</sup> Neste ponto, surge a definição da saúde que apesar de não concordar completamente com ela, no sentido de assistência integral é totalmente aplicável.

O planejamento familiar também era um desejo por parte do MS. A década da pílula anticoncepcional (1960) proporcionou debates acalorados a respeito da temática em questão. Ao mesmo tempo que se tinha uma liberdade de escolha sobre engravidar ou não, surgiram também outros questionamentos sobre a saúde sexual da mulher e sua relação com a economia. Como afirma Mesquita, “mais do que o aborto, o crescimento acelerado da população brasileira era o principal argumento dos constantes debates sobre o planejamento familiar nas revistas de ginecologia a partir da segunda metade da década de 1960”. Foi nessa época que surgiu a Bemfam<sup>11</sup> (Bem-Estar Familiar no Brasil). Tratava-se de uma organização não-governamental cujo enfoque era o planejamento familiar e controle de natalidade entre os indivíduos em maior vulnerabilidade, principalmente. Além disso, voltava suas outras atividades para a assistência social. Paralelamente, de alguma forma, o MS estava preocupado com as taxas de natalidade no país. Assim,

As políticas de saúde desse período refletiam a nova postura do governo brasileiro. Em 1971, foram divulgadas as diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, onde o planejamento familiar aparecia como orientação no período intergestacional, por razões de saúde. Não se mencionava os métodos usados e nem o tipo de orientação. Em 1973 foi apresentado o Programa de Saúde Materno-Infantil, pelo Ministério da Saúde, que contemplava a possibilidade de oferecer meios anticoncepcionais, como parte do processo de educação para a paternidade responsável (MESQUITA, 2010, p. 67).

Mesmo com esse aparato de ideias acima discutidas, que revolucionou, pelo menos naquele momento o panorama político e social, os entraves surgiram para inibir o crescimento do PAISM pelo Brasil. Assim, “não se pode deixar de registrar, que a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional não aconteceu” (OSIS, 1998, p.31). Entre esses entraves, apontamos “a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político com a implementação do programa. Entretanto, não se pode analisar tal fato de forma isolada e exclusiva”. E ainda, “vê-se a inoperância do programa juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais. A saúde das mulheres não é bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral, não recebe a atenção necessária nos serviços públicos”. (OSIS, 1998, p.31). Outra problemática surge quando emergem as questões dos processos legislativos. O PAISM, do ponto de vista legal, não possui uma portaria que o regulamenta, um dos principais motivos da sua falta de

---

<sup>11</sup> Para saber mais sobre a BEMFAM acesse: <http://bemjovem.wordpress.com>



adesão no período em que foi criado, marcado por uma época de grande movimentação política. (CORREA, 1993).

Apesar disso, não podemos inviabilizar a ideia fundamentada pela luta dos movimentos sociais de outrora, “justamente por sua força conceitual” pois “ao contrário, devem-se redobrar os esforços no sentido de pressionar o governo a efetivar a sua implementação em todo o país. Mais uma tarefa para as mulheres organizadas e, em geral, para todos os que se interessam em promover um atendimento de boa qualidade à saúde reprodutiva”(OSIS, 1998, p.31). O conceito de integralidade não vai ser deixado de lado. Foi ele que, junto com os demais pilares fundamentaram a construção do SUS, e ao mesmo tempo, compuseram a historicidade dos grupos feministas desde a década de 1970.

De objeto a sujeito, as mulheres foram. Outra visão será dada às mulheres: chegou o momento da mulher cidadã. O enfoque é a saúde pautada no conceito de integralidade, diversidade e gênero, fatores importantes no contexto da confecção de uma Política Nacional. Um ano da Mulher, várias cidadãs, uma nova e importante fase se inicia. É o que veremos a seguir.

### **2.3 – A simbologia de uma política**

Anteriormente fizemos um resumo dos principais acontecimentos que marcaram, tanto a criação das políticas públicas voltadas à mulher, bem como o contexto na qual foram criadas. Destacamos os anos de 1970, onde se inicia um processo de crítica à ditadura e os anos 1980, pela criação do SUS e pela Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que trouxemos alguns fragmentos históricos importantes no tocante ao movimento de mulheres no Brasil neste período e ainda a discussão em torno do termo saúde integral<sup>12</sup>. Aqui, daremos continuidade à questão do papel da mulher: agora na condição de cidadã.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi criada no ano da mulher no Brasil, ao tempo em que no ano de 2003, foi criada a Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. Do simbólico ao concreto, neste capítulo iremos destacar qual a importância desta política desde o dia de sua criação até os dias atuais. Antes disso,

---

<sup>12</sup> Sobre o termo integral, cabe destacar que sempre que houver necessidade será feito um *link* com o capítulo anterior, visto que a trajetória deste trabalho *pede* que isso ocorra.

procuraremos evidenciar as principais publicações advindas do MS desde 2000 até 2008 bem como suas principais ações.

Nos anos 2000, no que se refere a humanização da assistência à mulher, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Neste documento, ficava clara a preocupação do funcionamento da saúde no enfoque de uma assistência de forma humanizada; neste, se estabelecia os princípios e diretrizes, bem como os determinantes para seu funcionamento. Cabe destacar também que neste mesmo ano, foram desenvolvidos os Manuais de Assistência Pré-natal e de Urgências e Emergências Obstétricas. O foco desses manuais era definir o processo de organização, os cuidados básicos durante o pré-natal, procedimentos técnicos, os riscos obstétricos e suas complicações, entre outros pontos também de suma importância. E ainda, destacamos também a produção do Manual para o Gestor sobre Planejamento Familiar; neste caso, o enfoque era o respeito pelos direitos sexuais e reprodutivos, seja das mulheres, homens ou adolescentes.

Entre os anos de 1998 e 2002, o foco do MS era reduzir a mortalidade materna e feminina (devido as causas evitáveis, como DST e câncer uterino) e promoção de ações que pudessem reduzir a questão da violência. Como afirmam Souza e Tyrrell:

En 2002 fue normada la profilaxis del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de la Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) em víctimas de violación y surgió el incentivo financiero del Ministerio, para la capacitación de personal y reorganización de la red asistencial a la mujer víctima de violencia, lo que en mucho contribuye con la minimización de la feminización de la enfermedad em mujeres susceptibles y vulnerables a agravios (SOUZA, TYRRELL, 2011, p.73).

O próprio MS reconheceu que, enquanto trabalhava nesta perspectiva, as questões de gênero e raça ficaram prejudicadas. O termo violência sexual no entanto, ganhou destaque. Neste período foi criada a Câmara Temática sobre Violência contra a Mulher; aqui, através dos especialistas no tema, foram desenvolvidas algumas normas técnicas, como por exemplo a norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes.

Uma grande conquista, no ano de 2003, foi a criação da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, ligada a Presidência da República (SPM-PR). A partir daqui, todas as demais criações tinham que, obrigatoriamente passar pela aprovação de um comitê presidido por uma liderança ligada aos movimentos feministas. Foi através da SPM-PR e outros órgãos (Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial – criada também em

2003, além do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, entidades de classe, agências internacionais, especialistas da área e gestores do SUS bem como a sociedade científica) que deu-se início à produção da PNAISM.

O marco no ano de 2004, sem dúvida foi a elaboração da primeira política pública brasileira voltada à mulher cujo foco era a diversidade e gênero. Temas tão relevantes e necessários para as mulheres que fizeram parte de algum movimento reivindicatório. Assim, através de uma busca constante pela superação dos termos retrógrados, “após muito esforço e paciência”, como indica Castilhos (2011), “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”

Portanto,

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 (PIMENTEL, 2014, p. 98).

No período de 2004-2007 foram produzidos outros documentos e lançados outros planos. Destacamos: a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna. Ainda neste período, houve uma melhor organização da notificação compulsória no que tange os casos de violência contra as mulheres. Aqui, a ideia era articular uma ação capaz de contribuir para uma efetiva assistência. Essa articulação se daria através das Delegacias da Mulher e da Criança e Adolescente, Institutos Médico-Legais, Ministério Público e demais espaços do SUS.

Ainda no ano de 2004, ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, organizada pela SPM-PR. Já em 2007, foram lançados o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST, o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulheres e a Política Nacional de Planejamento Familiar. Em 2006, foram lançados o Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida.

No ano de 2008, foi lançado o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. O que se pretendia aqui era promover uma melhor atuação das mulheres em todos os setores, seja na escola ou no trabalho e criar um espaço não homofóbico, não lesbofóbico, sem racismo e sem sexismo, entre outros pontos relevantes.

Abaixo, destacamos os objetivos gerais e específicos, bem como as diretrizes da PNAISM (Quadro 2 e 3).

Quadro 2 – Objetivos

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>
Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
Contribuir para redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;</li> <li>– ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.</li> </ul>
<b>Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à</li> </ul>

infertilidade;

- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar

**Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:**

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial;
- garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
- melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.

**Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:**

- organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
- articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de

DST/aids;

- promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

**Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:**

- prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;
- ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids.

**Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:**

- organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;
- garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;
- oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor.

**Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:**

- melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;
- qualificar a atenção à saúde mental das mulheres;
- incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais.

**Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:**

- ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS.

**Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade:**

- incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS;
- incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS.

**Promover a atenção à saúde da mulher negra:**

- melhorar o registro e produção de dados;
  - capacitar profissionais de saúde;
  - implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal;
- incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS;
- estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

**Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:**

- implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;
- introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

**Promover a atenção à saúde da mulher indígena:**

- ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena.

**Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população:**

- ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias.

**Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das**

**políticas de atenção integral à saúde das mulheres:**

- promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.

## Quadro 3 – Diretrizes

<b>DIRETRIZES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.</li> </ul>



<p>– A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).</p>
<p>– O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.</p>
<p>– A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.</p>
<p>– A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.</p>
<p>– No processo de elaboração, execução e avaliação das Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.</p>
<p>– Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.</p>
<p>– No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o</p>

ajuste às diferentes realidades regionais.

- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

Em relação aos objetivos gerais (Quadro 2), destacamos as falas governamentais no sentido de que garante às mulheres o acesso à saúde, referido como um direito legalmente constituído. Nesse discurso, podemos observar indiretamente a luta do feminismo para que isso ocorresse.

Já nos objetivos específicos (Quadro 2), o destaque vai para as novas demandas, advindas do processo dos diálogos entre o MS e dos grupos feministas e de mulheres; assim, ao lidar com a pluralidade, destacamos o enfoque dado às mulheres negras, presidiárias, da terceira idade, bem como das trabalhadoras do campo e da cidade, além das mulheres indígenas. As demandas sobre a violência doméstica e sexual também são destacadas, bem como o combate desta violência. A partir do termo integral – já debatido anteriormente, outro ponto de destaque é a humanização e o acolhimento como fatores de assistência à mulher.

Ainda, podemos afirmar que a PNAISM engloba questões para além do ciclo gravídico-puerperal. Merece destaque também os princípios que norteiam a Política em foco: há uma íntima relação com a equidade, universalidade e integralidade – os pilares do SUS. Além disso, insere as questões de gênero – uma das demandas do MF. Isso corrobora a trajetória de luta por direitos sociais e culturais.

Por tudo isso, a consolidação dos direitos das mulheres, através de uma Política, marcada historicamente por uma luta de muitas mulheres, é um grande avanço pois dignifica essa grandiosa luta. Seja lésbica, presidiária, feminista, heterossexual, negra, indígena, ela se sente representada pois aqui há um espaço para dialogar, criar e e até mesmo, contrapor tendências, palavras e atitudes advindas do processo político. Mas, apesar disso, não significa que não seja importante a continuidade das criações que venham assegurar cada vez mais o direito à saúde integral das cidadãs, mães, mulheres.

### **CAPÍTULO 3 – A REDE CEGONHA: OUTRO MODO DE PARIR**

Este capítulo é especial, pois trataremos de um ciclo que se fecha quando discutimos todo o processo que referencia a saúde materno e infantil decorrentes das décadas anteriormente citadas e discutidas. A Rede Cegonha (RC) aqui é o personagem principal no palco deste trabalho e assim essa trajetória última será contada levando em considerações os demais atores que também constituíram essa discussão: de um lado o MS, do outro as feministas. Assim, cada ator mostrará sua *personalidade*, confrontando-se entre si. Um debate que teve início antes do seu lançamento, que aqui será apresentado levando em consideração a fala oficial do MS e depois as críticas do MF.

Na revista Radis, edição número 117 de maio de 2012, uma extensa matéria nos possibilitou um encontro com a RC. O título já nos causa um estranhamento: “Parto e nascimento com cidadania”. Pensamos logo: antes não havia cidadania? Na verdade, o que há no título é a expressão da realidade na qual estamos inseridos. Parece faltar o direito constitucional à saúde e ao parto seguro. É a medicalização em excesso e a falta de uma assistência humanizada na hora do parto que nos fazem perceber que iniciativas como a RC *podem* contribuir com a melhoria do quadro em questão.

Ainda sobre a matéria, “dos cerca de 3 milhões de partos realizados por ano no Brasil, mais da metade (52% em 2010, segundo o DataSUS) se dão por meio de cesariana”. Assim a ideia central é diminuir as cesarianas e por consequência, diminuir as taxas de hospitalização. A partir do momento que se faz uma cesariana, o parto natural deixa de existir. O parto é fisiológico, a cesárea não. A Radis informa também que, no Brasil, anualmente nascem três milhões de bebês; destes, dois milhões são exclusivamente assistidos pelo SUS. Assim, segundo o MS, a RC viria otimizar essa assistência através de profissionais qualificados pautados em um cuidado baseado no acolhimento e humanização.

Após o surgimento da PNAISM em 2004, eis que em 2011 uma portaria vira notícia quase que de forma instantânea. Como vimos anteriormente, a mulher já foi considerada objeto de reprodução, passou por sujeito de reprodução e então sujeito da cidadania. Pois bem. Aqui a RC será discutida a partir das seguintes questões: o que significou sua criação? Que novos instrumentos ela possibilitou criar para a saúde da mulher? Quais as críticas que qualifica a RC como um retrocesso? E, finalmente, qual o papel que a mulher assume agora?

Optamos por dividir em subtítulos conforme veremos abaixo.

### **3.1 - A trajetória da RC**

Para que possamos responder os questionamentos supracitados, faz-se necessário mostrar a trajetória dessa que foi criticada por ser considerada um “retrocesso de 30 anos” – conforme foi mencionado no site Viomundo e trataremos logo mais abaixo. No seu Art. 1º, a RC se apresenta como uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL,2011). Foi instituída pela Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, pela então presidente e atual, Dilma Rousseff e pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Na sua campanha presidencial, o projeto era tratado como uma promessa de campanha. A forma quase instantânea desde sua formulação ao lançamento, permitiu considerar que os trâmites para seu surgimento já estavam sendo desenvolvidos. Em meio ao lançamento, as críticas vindas dos movimentos das mulheres também apareceriam, conforme destacaremos logo mais.

No seu discurso de posse, Alexandre Padilha explicita o que ele chama de “esforço articulado” considerando a RC como uma prioridade:

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).

Sobre o fato de termos uma mulher na presidência, não obrigatoriamente vamos observar um maior ou melhor desenvolvimento da saúde na área do grupo em questão, mas podemos perceber uma possível sensibilidade. Outro ponto que percebemos no discurso de Padilha, é que ele torna claro a preocupação da presidente: priorizar as demandas de saúde da mulher e da criança.

Ainda, cabe destacar que a RC se constituiu a partir de várias leis, portarias, Pactos pela Saúde e pela Vida, programas de humanização, entre outros e ainda pelos Objetivos do Milênio (ODM) criados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Vale destacar que os ODM que o MS busca atingir é relativo ao 4º e 5º conforme a figura abaixo (fig.2).

Em relação aos Objetivos, destacamos os objetivos 3, 4 e 5 no quadro 4. Analisando cada um destes objetivos, podemos entender que eles dialogam com as demandas históricas dos movimentos feministas e incorporam os princípios da política voltada à saúde das mulheres em curso no Brasil. Como explicado no início deste trabalho, na década de 70, a luta das mulheres era exatamente baseada na melhoria da qualidade de ensino e a eliminação da disparidade entre os sexos; diminuir as mortes maternas, aumentando assim, a qualidade dos serviços de saúde.

Quadro 4 – Os Objetivos do Milênio

<b>Objetivos</b>	<b>Meta</b>	<b>Brasil</b>
3	Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, a mais tardar até 2015.	O empoderamento das mulheres é importante não apenas para o cumprimento do Objetivo 3, mas para vários outros objetivos, em especial os ligados a pobreza, fome, saúde e educação. No Brasil, as mulheres já estudam mais que os homens, mas ainda têm menos chances de emprego, recebem menos do que homens trabalhando nas mesmas funções e ocupam os piores postos. Em 2008, 57,6% das brasileiras eram consideradas economicamente ativas, frente a 80,5% dos homens. Em 2010, elas ficaram com 13,6% dos assentos no Senado, 8,7% na Câmara dos

		Deputados e 11,6% no total das Assémbleias Legislativas.
4	Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.	As projeções para os ODM ligados à saúde são as piores no grupo de metas estabelecidas até 2015. O Brasil reduziu a mortalidade infantil (crianças com menos de um ano) de 47,1 óbitos por mil nascimentos, em 1990, para 19 em 2008. Até 2015, a meta é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil, mas a desigualdade ainda é grande: crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade. O Nordeste apresentou a maior queda nas mortes de zero a cinco anos, mas a mortalidade na infância ainda é o quase o dobro das taxas registradas no Sudeste, no Sul e no Centro-Oeste.
5	Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.  Alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva.  Promover, na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), cobertura universal por ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015.  Até 2015, ter detido o	Segundo o 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM de 2010, o Brasil registrou uma redução na mortalidade materna de praticamente 50% desde 1990. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) corrigida para 1990 era de 140 óbitos por 100 mil nascidos, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos. O relatório explica que a melhora na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série.

	crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual.	
--	---	--

Fonte: Adaptado Fonte: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>

No quadro acima, os pontos destacados são na grande maioria, os pontos que as feministas sempre buscaram superar. Seja a autonomia feminina ou até mesmo a melhoria da saúde materna, o esforço dessa luta ganha mais notoriedade quando órgãos internacionais estão envolvidos. No tocante aos demais Objetivos, trouxemos para efeito de esclarecer outras demandas tão importantes quanto os mencionados anteriormente. O cuidado à saúde deve atingir todas as esferas sociais.

Figura 2 – Os 8 objetivos do milênio



Fonte: Adaptado Fonte: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>

Já os componentes que organizam a RC são Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada um desses componentes, dizem respeito à uma determinada ação: desde a captação precoce das gestantes, realização de exames, vinculação com a maternidade pautados nos termos *acolhimento* e *humanização*.

Em relação a definição de acolhimento, o discurso governamental é o de que: “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão.” (BRASIL,2010, p.6) E completa dizendo:

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Sobre humanização, PEREIRA (2008, p.243), afirma que este conceito “diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.”

### **3.2 – O que significou a criação da RC?**

Como foi observado anteriormente, a criação da RC marca uma nova tentativa de se estabelecer uma assistência de maior visibilidade, através de uma rede intersetorial, tendo como objetivo diminuir a mortalidade materna:

A redução de 21% na mortalidade materna em 2011 é um marco histórico, que aprofunda vigorosamente a tendência registrada nos últimos anos - de 1990 a 2010, o indicador caiu à metade: de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No período, houve diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou pós-parto (42,7%) (BRASIL,2013).

O MS revela a centralidade deste objetivo quando afirma que reduzir a mortalidade materna ainda é um grande desafio, tanto para os serviços de saúde, bem como para a sociedade de uma forma geral. Afirma ainda que as taxas são elevadas e que atingem de formas distintas as diferentes regiões do País, e sua prevalência atinge as mulheres com pouco acesso aos bens sociais (BRASIL, 2009).

Podemos observar que a organização bem como os objetivos são de extrema importância para que a continuidade da assistência a mulher seja de forma adequada. Mas isso é o que deve ser feito dentro do que esperamos por parte do Ministério da Saúde e do Estado brasileiro. O que nos cabe aqui é portanto saber se, de fato, a RC estabelece de forma fundamental seu papel: uma nova forma de parir. Considerando primeiro os objetivos e depois sua organização e entre esse pontos, a discussão dos questionamentos sobre se o programa



pode ser considerado um retrocesso conforme afirmam os movimentos feministas. Aqui usaremos o termo no plural pois as falas destacadas no decorrer do trabalho serão de pessoas e movimentos distintos.

Na própria PNAISM, o papel do MF era fundamental para seu desenvolvimento, tanto que existe um objetivo específico que de forma explícita mostra isso, como mostramos no quadro 2. A saber: “fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres: promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher” (BRASIL,2011, p.72).

Ao inserir o MF dentro dos programas oficiais, este pôde opinar sobre quaisquer produções advindas do MS, pois abriu-se um caminho para que isso acontecesse desde a década de 1980. Portanto, as críticas anunciadas desde 2010, são legitimadas sobretudo, no que se refere a própria história do MF no Brasil. Assim, para as feministas da Rede Feminista de Saúde, através da cientista política Télia Negrão, numa entrevista dada ao site Viomundo em 05 de abril de 2011, ela afirma que “o conceito trazido pela RC é um retrocesso nas políticas com enfoque de gênero, saúde integral da mulher e direitos reprodutivos e sexuais”. Afirma ainda que a “a ideia da RC desumaniza o evento reprodutivo, quando retira das mulheres o papel de trazedora dos filhos ao mundo”, assim ela considera que a detentora desse direito é a cegonha. E completa “a cegonha é um pássaro que não pertence nem à nossa fauna, europeu. Tudo vem protinho, numa fraldinha, negando que a gestação é um processo humano, social, de nove meses vivido por mulheres”. Diz ainda que se trata de “um discurso muito antigo, mitificador, mentiroso, que não engana nem criancinha. Nem os bebês aceitam mais a velha cegonha. As crianças já sabem que o bebê vem da barriga da mãe.”

Uma das maiores preocupações, portanto, é que a mulher perca a possibilidade de atuar efetivamente no seu parto, ela como a protagonista na esfera da transformação desse momento pois, ainda de acordo com Télia Negrão,

Não é uma política de direitos reprodutivos. É 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. Portanto, o enfrentamento da mortalidade materna, um dos argumentos para a Rede Cegonha, não está baseado em evidências científicas. A política anunciada é só para as mulheres que querem filho ou aquelas que, mesmo que sem nenhuma condição, vão ter filho contra a própria vontade. Logo, não é uma política que considerou que há mulheres que engravidam e não desejam levar adiante aquela gestação ou que engravidaram em circunstâncias adversas à sua vontade.

Até os anos 1970, a obstetrícia, assim como a puericultura, eram disciplinas consideradas de pouco *glamour* por médicos e alunos. As discussões a respeito da saúde da mulher, porém, deslancharia ao final dos anos 1980 em outros campos do conhecimento, quando o tema tornou-se alvo de pesquisas e ganhou visibilidade na política de saúde. O movimento das mulheres foi decisivo para tanto. (SECHZER *apud* MARQUES *et al*, 1994).

A criação da RC portanto significa ou significou um momento em que dada as altas taxas de mortalidade materna e infantil, houve a necessidade de se estabelecer metas para diminuição destas. Elevar os cuidados à mulher através de uma portaria como apresentada, nos dá a impressão de que o MS através dela, busca melhorar um eixo da PNAISM, ou seja, tornar a mulher cidadã do ponto de vista dos seus direitos explicitados na portaria em questão.

### **3.3 – Que novos instrumentos a criação da RC possibilitou?**

Há a necessidade de que se pense num planejamento estratégico cujo fundamento esteja focado exatamente nessa redução, oriunda de um passado cuja política de saúde sempre esteve e está ligada ao pouco comprometimento com esta política. O planejamento estratégico em saúde, “toma por base a política como elemento intrínseco ao processo de produção social em uma determinada situação” (ABRAHÃO,2007,p.171).

A forma de proceder ao planejamento estratégico situacional alicerça-se sobre uma segunda categoria: o problema. Um bom planejador, na visão de Matus, é aquele que busca o intercâmbio favorável de problemas. (Matus, 1991: 30), ou seja, atacar e resolver (Matus, 1991: 30) um problema mais dramático e se deparar com um novo problema de menor gravidade mais adiante. (ABRAHÃO,2007,p.172)

Com a criação da RC, originalmente se teve a ideia desse planejamento, capaz de difundir a ideia da humanização do parto, com base nas diretrizes internacionais estabelecidas pela ONU. Seguindo o raciocínio de Abrahão (2007,p.163), da mesma forma que se pode planejar a gravidez, se pode planejar processos que geram outros processos, pois planejar é “um modo de o homem atuar em sociedade e construir formas de solucionar problemas presentes na sua ação cotidiana”.

É preciso levar em consideração, ainda, que “a desvalorização do parto natural e a prática cada vez maior de intervenções cirúrgicas desnecessárias mostram o quanto a população feminina é carente de informação e educação em saúde” (MARQUE et al, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, refere que o objetivo da assistência é obter uma parturiente e um neonato saudáveis com o mínimo de intervenções que seja compatível com a segurança. Visando essa humanização, algumas condutas devem ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, oferta de líquidos, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e liberdade de escolha da posição no parto, entre outras (RATTNER, 2004 *apud* MARQUE *et al*, 2006, p.440).

O mínimo que se pode esperar dos profissionais é pois a perfeita lógica conceitual cuja definição do termo humanização se refere: tornar o parto digno e humano. As intervenções médicas estão intimamente ligadas ao lucro, cuja maior parte da renda vem das cesarianas. A medicação em excesso põe em risco a vida da mulher, da criança e da família falando-se numa linguagem mais ampla. Resta pois, não somente a qualificação profissional, sobretudo no que se refere as diretrizes da OMS e MS, e cada vez mais estimular o conhecimento por parte da mulher-mãe e família.

É imprescindível que a equipe compreenda o nascimento como um momento fisiológico e natural, que valorize a experiência humana, vendo a mulher e a família como centro do processo de atenção e fortalecendo-os como cidadãos. Modificando, assim, a cultura vigente do nascimento somente como evento médico-hospitalar. (GAÍVA, 2002 *apud* MARQUE *et al*, 2006,p.442).

Como destaca, CÂMARA,2004 *apud* MARQUE *et al*(2006, p. 441):

A parturiente deve receber todas as informações necessárias para a prevenção e controle da ansiedade e do medo. Isso a tornará mais preparada para o fenômeno da parturição, podendo, inclusive, resultar na escolha mais adequada do tipo de parto. Conforme pode ser evidenciado, a ausência de um atendimento pré-natal que prepare a gestante para o parto vaginal está entre um dos fatores agravantes dos índices de cesáreas.

Não podemos garantir que o planejamento apresentado – RC, realmente seja considerado um marco quando falarmos de cuidado humanizado e sobre a assistência, mas de certa forma, a ideia sem dúvida nos faz construir possibilidades favoráveis a portaria. Pois:

O planejamento se constitui como uma ferramenta indispensável para a gestão de sistemas e organizações, com a pretensão de se tornar um método de operar sobre a realidade. O ato de planejar não é uma questão simples de ser trabalhada, pois há visões e defesas diferentes sobre como descrever a realidade a ser planejada. Caracterizado pela incerteza, o planejamento é uma escolha de caminhos para a ação,

ou seja, configura uma opção que se adota de forma antecipada. (ABRAHÃO, 2007, p.163)

Esta é a perspectiva afirmada pelo programa governamental em questão:

A humanização e a qualidade da atenção à saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente a identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2011,p. 59).

E, ainda: “a humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação.” Daí a importância do conhecimento em si mesmo, para então “compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões” (BRASIL,2011,p.60-61).

Como descrito no quadro 5, para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção, o MS considera importantes os seguintes elementos:

Quadro 5 – Elementos para atingir os princípios da humanização

Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
Captação precoce e busca ativa das usuárias;
Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

Acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
Disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Fonte: BRASIL, 2011, p.61

Em relação aos novos mecanismos para a saúde da mulher no enfoque maternal, podemos observar além de uma preocupação maior no acolhimento tanto à mulher quanto à família, uma busca concreta em diminuir as altas taxas de cesáreas tanto na rede pública quanto na particular, o que contribui dessa forma, para os fatores assistenciais mais humanos.

### 3.4 – Sobre as críticas: um diálogo ou um debate?

“ - Que rumor é este, Carmem? Perguntou ele entre duas carícias.

- Não se assuste, amigo meu; é o governo que cai.

- Mas eu ouço aclamações...

-Então é o governo que sobe. Não se assuste. Amanhã é tempo de cumprimentá-lo”

(Machado de Assis – Esaú e Jacó)

Ao nos depararmos com o subtítulo questionando se as críticas podem ser um diálogo ou debate, queremos propor, antes de tudo, uma breve reflexão sobre as relações sociais entre quem critica e quem recebe esta crítica.

Ao elaborar um documento oficial, antes de tudo, o que existe é um diálogo e desde seu planejamento, é importante que surjam críticas e assim, ocorra um debate. Como se houvesse um triângulo e suas arestas fossem aparadas, dando um formato para ele. Esse debate, por vezes pode ser útil no sentido de que, os pontos discutidos são, para ambos personagens, de alta importância.

Feminismo, Rede Cegonha e Ministério da Saúde: um triângulo imperfeito. Sim. É possível juntar estes três pontos, porém as arestas de cada um precisam ser aparadas. No triângulo equilátero, um lado serve de apoio aos demais e não há conflitos entre eles. Já, se falarmos dos escalenos, a “coisa” se complica. É sobre essa *complicação* que vamos ter uma conversa.

Ao considerar a RC, aqui vamos destacar algumas críticas apresentadas pelo movimento de mulheres que achamos importantes, mesmo sabendo por possam existir outros diálogos, preferimos expor aqui o que efetivamente nos remete à luta das mulheres pela saúde integral.

Assim, sobre o fato de considerar a RC como um retrocesso, primeiramente, vamos considerar o discurso da Clair Castilhos<sup>13</sup>; no site Viomundo em 2011, ela relata:

Quando a presidenta Dilma Rousseff lançou o programa da Rede Cegonha inicialmente fiquei muito preocupada. 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).

Outra personagem é Télia Negrão<sup>14</sup>. Como já mencionada anteriormente, o retrocesso de 30 anos foi atribuído dessa forma: “Do ponto de vista da AISM, que é nosso paradigma desde a década de 1980, a RC é reducionista, um retrocesso nas políticas de gênero, pois as

---

<sup>13</sup> Farmacêutica. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

<sup>14</sup> Cientista social; secretária-executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

mulheres deixam de ser sujeitas principais no evento reprodutivo, de estar no centro do processo” (LEMES, 2011). E afirma ainda:

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, 2011).

Outra fala atribuída à Télia Negrão, merece destaque:

Esse conceito é emblemático, e eu não gosto dele. Nos remete a setores conservadores que não aceitam o direito de a mulher decidir sobre a sua gravidez. São contrários ao direito à interrupção da gestação. Consideram que as mulheres são apenas hospedeiras de fetos. É um argumento inclusive dos setores vinculados à Igreja Católica mais conservadora. É um conceito que vem no discurso dos setores que se dizem defensores da vida, quando, na verdade, são as mulheres que a defendem. Acho horrível o conceito de mulher-hospedeira, porque retira das mulheres a capacidade de arbitrar, de exercer com autonomia as suas decisões. Assim como o conceito de mala que só carrega coisas dentro. De modo que eu prefiro dizer que o conceito de Rede Cegonha é desumanizador, retira cidadania, retira direitos, quando as mulheres são simplesmente substituídas pela figura de uma cegonha. (Lemes , 2011).

Podemos observar o posicionamento semelhante das duas personagens: o termo saúde integral, em ambos casos ganham destaque, pois para elas, o movimento feminista, tão logo conseguiu mudar a visão do Estado na década de 1980, eis que retorna o conceito da mulher trazedora de filhos e tão somente isso. Essa mesma crítica parte das autoras Ana Maria Costa e Simone Diniz<sup>15</sup>, no site Blog Brasil. Elas inserem na discussão o termo reducionismo para falar da RC, afirmando que “é preocupante” essa questão: “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).

Em outro momento da entrevista, já mencionada também anteriormente, Télia Negrão assume sua posição afirmando que:

---

<sup>15</sup> Ana Maria Costa é médica, feminista e presidente do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes); Simone Diniz é docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A Rede Cegonha está muito aquém do Programa de População e Desenvolvimento, do Cairo, do qual o Brasil é signatário. O programa do Cairo prevê que as políticas públicas de saúde pública reprodutiva devam refletir a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. 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 (Costa; Diniz, 2011).

Essa foi outra crítica apresentada. Para o grupo contra a RC, esta foi criada com intuito de atender apenas as mulheres que quisessem ter filhos. De fato, é exatamente isso. A RC é para mulheres que optam pela gestação. Outros programas incluem as demandas de caráter mais geral como a própria Política por exemplo. A presença da CNBB no dia do lançamento da Rede, deixava claro que as questões sobre aborto<sup>16</sup> não seriam inseridas ali. Assim, ela complementa:

As mulheres que têm as gestações não desejadas são as que necessitam do SUS. São aquelas que não encontram no SUS informação, acesso a todos os insumos de planejamento reprodutivo. São aquelas que quando precisam fazer aborto, vão fazer aborto inseguro na aborteira ou na clínica clandestina. As outras mulheres, as que têm voz, quando precisam fazer aborto, procuram um hospital seguro. Eu, como pessoa privilegiada, se precisasse fazer um aborto, procuraria um bom hospital e pagaria para não correr o risco de morrer, porque é assim que funciona o aborto no Brasil. As mulheres que têm dinheiro vão fazer o aborto nas clínicas mais sofisticadas e mais seguras. Quem precisa do SUS para planejamento familiar, anticoncepção de emergência e abortamento, são as mulheres pobres, as trabalhadoras brasileiras. Então, nós não estamos nos distanciando das mulheres comuns do Brasil. Na verdade, a gente está mostrando que tem um outro lado, que é o direito de não ter filhos.

Ao criar uma portaria que estabelece relação entre os conceitos como mortalidade materna, humanização e parto humanizado, o MS cria, de certa forma, um terreno propício para o desenvolvimento de críticas. Primeiro porque a saúde já é escassa, de uma forma geral

---

<sup>16</sup> Em relação ao aborto, cabe afirmar que o Código Penal Brasileiro (promulgado em 1940 e vigente até hoje) considera o aborto uma violação dos direitos humanos – em seu artigo 124, constituindo uma prática criminosa, podendo a gestante levar uma pena de detenção de um até três anos. O artigo 125, diz que o aborto provocado por terceiros, sem o consentimento da gestante, traz como pena a reclusão deste terceiro por três a dez anos. Além disso, conforme o artigo 126, provocar o aborto com o consentimento da gestante, sendo essa considerada incapaz para esta decisão, traz consigo o ônus da reclusão durante um a quatro anos. Pouco tempo atrás, apenas era liberado o aborto em duas situações: quando em risco de vida para mulher e em caso de estupro. Julgada procedente a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 17 de junho de 2004 (ADPF-54), a mulher conquistou – por assim dizer – a autonomia necessária para manter ou interromper sua gravidez enquanto diagnosticado a anencefalia (BRASIL, 1940).



e humanização com poucos recursos, é portanto, pedir um esforço muito grande além do que os profissionais assim inseridos podem dar. Humanização não é apenas um adjetivo para deixar uma portaria atrativa; é acima de tudo um fator humano capaz de mobilizar habilidades e atitudes em prol de uma melhoria contínua no processo do cuidar.

Aqui, optamos por trazer para o debate dois pontos fundamentais: o que representou a criação da RC no contexto da saúde da mulher e o que a mulher começou a representar dentro da RC. A coragem de elucidar as respostas aqui mencionadas são advindas de uma série de leituras, seja das entrevistas ora citadas, textos oficiais do MS e outras fontes de suma importância para o desenvolvimento das respostas que seguem.

Ao colocarmos as falas das feministas ao mesmo tempo em que a fala o MS, em nenhum momento queríamos engrandecer ou diminuir um dos atores envolvidos. Não consideramos que um deles saiu vencedor. Optamos em destacar alguns pontos que nos foram mais relevantes para a pesquisa, exatamente por configurar um debate importante no contexto atual em que a internet também é um espaço político – percebam pois que as críticas vieram dos sites mencionados. Assim, finalmente, destacadas as falas dos atores envolvidos, citamos:

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<sup>17</sup>, 2011).

Depois do exposto, pensar nos últimos 42 anos de história das políticas públicas de saúde da mulher, é se não um desafio, um exercício constante de aprendizado. Quando optamos em estudar esta portaria, por consequência também estudávamos o comportamento político brasileiro. Da ditadura aos dias atuais, não há dúvidas quanto ao desenvolvimento, ou até mesmo, poderíamos dizer, evolução das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres brasileiras.

---

<sup>17</sup> Neste trecho, quem é entrevistada é Esther Vilela. “Formada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Esther Vilela é especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Durante 18 anos atuou como médica clínica em serviço público. No decorrer de outros 16 anos, foi gestora do Hospital São Pio X (antigo Hospital de Goiânia), no município de Ceres, Goiás(...).Trabalha junto às equipes de Programa Saúde da Família (PSF) com alunos do último ano de Medicina e Enfermagem. Foi consultora do Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização, coordenando a sua implementação na região Centro-Oeste do Brasil”.

É necessário destacar, primeiramente, que a RC é um atitude apreciável partindo do princípio que humaniza o parto e seu desenvolvimento, pois de certa forma veio fomentar a diminuição do parto cesáreo bem como os procedimentos que colocam em risco a vida da mulher e da criança e a diminuição do excesso de medicamentos. Além disso, mostra-se capaz de mudar atitudes dos profissionais de saúde com base em conceitos do acolhimento humanizado. Isso torna-se mais nítido quando sabemos que o Brasil é campeão em número de cesáreas, ocupando o 1º lugar neste ranking. Dos partos realizados, 50% são cesáreas; na rede particular esse número aumenta para 80%. Isso significa que, quanto mais alto esse número, mais riscos de complicações e mortalidade materna podem acontecer. Vale destacar que a OMS alerta que a taxa deve ser entre 10% e 15%<sup>18</sup>.

Outro fato que merece ser destacado e que deve ser discutido à luz do feminismo é o “lugar” da mulher que opta por não ser mãe. Quais tipos de estruturas políticas essas mulheres estão e devem está inseridas? Que direitos elas têm defendidos? Qual o lugar dessa mulher que a cada 11 minutos é estuprada<sup>19</sup>? Se a própria diretriz da PNAISM afirma que a atenção integral deve ter uma visão ampliada do contexto de vida da mulher, na RC o foco volta-se à maternidade, por isso o motivo das críticas ocorridas.

É bem verdade que a sinergia da década de 1980 faltou e falta para alcançar a verdadeira lógica da assistência integral. O retrocesso, tão discutido portanto, nasce da controvérsia da portaria estudada. Pelo que queremos explicitar, não houve a anulação da PNAISM pela RC, mas não há coerência ou uma lógica entre os dois pontos. Quando falamos de qualquer programa criado, queremos perceber a *continuidade* de algo que já existe como se fosse uma *continuidade* daquilo que já é importante para a sociedade, para efetivamente perceber esses mecanismos capazes de absorver as demandas feministas. E a RC não fez isso.

É percebido que a saúde da mulher ainda é um desafio. É necessário criar mecanismos mais concretos que assegurem as mulheres um sentimento de que são respeitadas, representadas e tem direitos civis indeléveis.

Por último, a questão do aborto. A CNBB no lançamento da RC já diria o porquê da sua presença. Sua colocação dentro do Estado, mostra-se como um fator que impede a criação

---

<sup>18</sup> Declaração da OMS sobre as taxas de cesárea. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf).

<sup>19</sup> Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em : [http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario\\_2015.retificado\\_.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2015.retificado_.pdf)

de políticas que impossibilitam a mulher - que deseja abortar por motivos além dos escritos no Código Penal, de terem seus desejos e direitos negados. Há portanto, que repensar a RC no sentido de que haja uma parcela maior de mulheres inscritas no seu projeto inicial.

Agora, vale lembrar o último questionamento: qual o papel a mulher deve assumir a partir da criação da RC? Essencialmente, esta pergunta baseia-se em toda a trajetória apresentada no que se refere às políticas públicas desenvolvidas no Brasil. A observamos como a pergunta chave para que possamos chegar a ter uma palavra final. Por ora, deixamos claro que a mulher deve e tem o direito de reconhecer sua contribuição no campo da política conforme citado nas diretrizes da PNAISM.

## **PALAVRAS FINAIS**

Como foi observado do ponto inicial até aqui, a trajetória da evolução das políticas públicas voltadas às mulheres, passou por momentos distintos e ao mesmo tempo importantes. A mulher na sociedade atual ultrapassou a visão retrógada das décadas passadas seja ela feminista ou não. Tudo o que foi conquistado através dos movimentos de mulheres desde a década de 1960 representa, embora não numa perspectiva linear, um aprimoramento contínuo do processo político brasileiro. Ao adentrar nas redes do governo, o MF pôde aproveitar ao máximo sua contribuição e indiscutivelmente hoje, podemos observar tais avanços, mesmo sabendo que há muito o que fazer, pensar e discutir no tocante aos interesses das mulheres na atualidade.

Faz-se necessário portanto, uma maior e melhor abertura política para que todas as mulheres, sem exceção, pautada no respeito mútuo entre homens e mulheres possam atuar na melhoria contínua do processo democrático da construção das políticas públicas de saúde. Da ditadura à Rede Cegonha muita coisa mudou. A principal delas foi o posicionamento do Estado em relação à visão da mulher na sociedade. De objeto de reprodução ao sujeito da cidadania, a partir dessa mudança, pudemos observar novos rumos que foram tomados. De um programa pautado no binômio mãe-filho, é nítida a diferença em cada etapa como deixamos claro no quadro que segue.

Ao analisarmos as falas apresentadas pelo MF decorrente sobretudo da crítica a RC, pudemos observar duas palavras-chave: a primeira diz sobre o *retrocesso* enquanto política governamental, ao contrário, temos em mente a palavra *avanço*, numa perspectiva pontual conforme iremos explicar a seguir. Antes disso, queremos deixar claro que ao apresentarmos a dualidade da RC, através das palavras-chave, não estamos querendo dizer que uma anula a outra e a neutralidade surja em volta delas, pelo contrário, da mesma forma que existem os

diferentes interesses por parte de grupos diversos, há uma disputada social que envolve os termos em questão.

Primeiramente, a questão do retrocesso da Rede se dá, ao que nos parece ser, apenas no que se refere a visão da portaria em relação às mães. Como já explorado anteriormente, a visão das décadas de 1960-1980 era restrita ao corpo. Ao criar a RC, o embate em torno da mulher mãe retorna, nos permitindo explorar falas diversas dos grupos contra a “rede de cuidados”. Ainda como resposta, apresentamos no quadro abaixo, a evolução das políticas que nos é explícita desde 1974 até 2011. É importante destacar que outros programas, bem como portarias e manuais ainda neste período foram criados; para efeito de pesquisa, os mais relevantes foram destacados.

Por outro lado, partindo do princípio que há uma política que abrange a mulher de forma tão plural, a RC é exatamente a continuidade desta política e não passa disso. Nos parece ainda que sua existência não oferece riscos para a Política oficial. Se avaliarmos os objetivos gerais da PNAISM e compará-los com os da RC veremos algo semelhante, porém de forma mais focada com seus lócus de atuação, de uma forma mais específica. Assim, a posição da RC, aparentemente, não anula, em nenhum momento a PNAISM. Diríamos ainda que, pelo contrário, talvez a RC é a Política em ação, atuando como um ponto específico dela.

Agora, o quadro-resumo 6 e logo mais, a análise deste:

#### QUADRO RESUMO 6: 1974 – 2011: 37 ANOS

DÉCADAS	DÉCADA DE	DÉCADA DE	ANOS 2000	
	1970	1980	2004	2011
ANO	1974	1984	2004	2011
TÍTULO	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Rede Cegonha
PELA VISÃO VISÃO DO ESTADO, A MULHER ERA (É)	Objeto de reprodução	<i>Sujeito de reprodução</i>	Sujeito de cidadania	<i>Sujeito de reprodução</i> +

<b>CONSIDERADA COMO...</b>				<u>Protagonista do parto</u>
<b>FOCO</b>	Materno-Infantil	Saúde da mulher/ planejamento reprodutivo	Saúde da mulher/ gênero/ diversidade	Materno e infantil/ Objetivos do Milênio

Sobre a análise do quadro acima, em relação ao foco: existe uma diferença entre os termos materno-infantil e materno e infantil. No primeiro caso, a preocupação por parte do PNSMI era a mulher mãe e apenas isso, enquanto na RC o foco muda: agora a mulher se apresenta como um sujeito que *pode ou não* ser mãe e ao mesmo tempo separa o infantil, mostrando a preocupação de forma pontual.

Talvez neste ponto, a coagulação social ocorra: se nas décadas de 1970 e 1980 a mulher era vista como objeto e sujeito de reprodução, respectivamente, em 2011, pela visão do MF “nada mudou”. Pode ser que seja exatamente isso, como se, teoricamente a questão do retrocesso ficasse mais notável, porém outro ponto para ser observado é o sentido que a palavra mulher toma diante dos programas: a nomenclatura social muda - a mulher deixa de ser tratada apenas pela lente materna. Assim, ela assume o protagonismo do parto. Isso significa que, ser protagonista faz com que a mulher primeiramente entenda seu papel, depois, assuma a responsabilidade da atuação e finalmente, retira delas a visão de passividade, como outrora era considerada.

Foram necessários 37 anos para que, efetivamente houvesse uma mudança capaz de solidificar atitudes que antes não eram tratadas com a ênfase que merecia. Mais do que definir política social, é imprescindível que seja notada a importância dos grupos sociais na confecção delas – das políticas públicas.

Entre objeto, sujeito e cidadã, podemos ainda tecer alguns diálogos. Ao entender o que significa objeto, damos para ele um funcionamento; o sujeito, é aquilo que se submete a determinada coisa; e cidadã, representa a liberdade, a conquista de direitos legalmente constituídos. Assim, deixamos clara a nossa convicção de que, desde o momento que se muda o foco de um palavra, ou melhor dizendo, a visão do Estado, testemunhamos o caráter democrático de uma sociedade. Mais ainda, representa para além do simbólico: é um

processo, um discurso, um reconhecimento daquilo que somos – no caso das mulheres, um reconhecimento individual e coletivo do que representa o movimento de mulheres. E esse reconhecimento, mesmo que implícito, vem desde a década de 1980, quando as feministas foram convidadas a fazer parte da PAISM.

Finalmente, maior do que qualquer discussão que possa envolver o passado e o presente, mesmo que às vezes nos parece não haver distinção entre eles, é unânime que a história ainda precisa ser mudada, pois ainda há discriminação, machismo e relações de poder desiguais; “frente a isso, fica evidente a necessidade de políticas públicas de saúde direcionadas para esse segmento populacional” (VIOLA, 2008, p. 113). É pois, fundamental que as relações de poder atuais sejam questionadas no âmbito das relações sociais, porque, neste momento o machismo mata, estupra, denigre.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Neuma. **Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. Soc. estado.**, Brasília , v. 15, n. 2, p. 303-330, Dec. 2000. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922000000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922000000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922000000200006>.

ÁLVARES, Claudia. **Feminismo e representação discursiva do feminino: a presença do outro na teoria e na prática.** Uni Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Livro de ACTAS. - 4º SOPCOM. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/alvares-claudia-feminismo-representacao-discursiva-feminino.pdf>. Acesso em 12.abr.2015

ALVES, Branca Moreira, PITANGUY, Jacqueline. **O que é FEMINISMO.** São Paulo : Ed. Abril cultural : Brasiliense, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 ano da mulher / Ministério da Saúde.** – 1.<sup>a</sup> ed., 1.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011 Dispõe sobre a Rede Cegonha.** Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html>>. Acesso em 21.Jan.14

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.** Bases para uma ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1985



\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008 : 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** /Regina Coeli Viola. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 416 p

\_\_\_\_\_.Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Saúde da mulher : um diálogo aberto e participativo.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 50 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_.Ministério da Justiça: Código Penal Brasileiro – Decreto-Lei Nº2.848, de 7 de dezembro de 1940; disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm); acesso em: 30. Mai. 2016.

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: 10 fevereiro 2016.

CARNEIRO, R.G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade.** Intervace Comunicação Saúde Educação. v.17, n.44, p.49-59, jan/mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 28.set.15

COSTA, A.M.C., AQUINO, E.L.; *in* **Saúde, equidade e gênero - um desafio para as políticas públicas.** Ana Maria Costa, Edgar merchán-Hamann e Débora Tajer (Organizadoras). Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

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: 08 março 2016.

COUTINHO. Carlos Nelson. **Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia.** In: Teixeira, Sônia Fleury (org). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

CRUZ, S. V.. MARTINS, C. E.**De Castello a Figueiredo : uma incursão na pré-história da "abertura".** In : SORJ, B. & ALMEIDA, M. H. T. (orgs.). Sociedade e política no Brasil pós-64. São Paulo : Brasiliense. 1983.

DEL PRIORE, Mary(org). Carla Bassanezi(coord. de textos). **História das mulheres no Brasil.** 2ed. São Paulo: Contexto, 1997.

FRASER, Nancy. **O feminismo, o capitalismo e a astúcia da história**. Tradução: Anselmo da Costa e Sávio Cavalcante. Dossiê: Contribuições do Pensamento feminista para as Ciências Sociais. Mediações, Londrina, v. 14, n. 2, p. 11-33, jul/Dez. 2009

HALL, Stuart. **A identidade cultural na Pós-modernidade**. 11 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006

MANDÚ, E.N.T., *et al*, **Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações**. Rev. Esc. Enf. USP, v.33, n.1, p.31-8, mar. 1999. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/458.pdf>>. Acesso em 15.Jan.16

MARTINS, A.P.V.. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARQUE, F.C., *et al*. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento**. Esc Anna Nery R Enferm 2006 DEZ; 10 (3): 439 – 47. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12.pdf> >.

MATOS, Vanessa Cristina Santos. **Um estudo histórico das relações de gênero e classe**. Saber Acadêmico – n.7 – Jun.2009.

MATOS, Patrícia. **O reconhecimento, entre a justiça e a identidade**. *Lua Nova* [online]. 2004, n.63, pp. 143-160. ISSN 0102-6445.

MESQUITA, C.C **Saúde da mulher e redemocratização: idéias e atores políticos na história do PAISM** / Cecília Chagas de Mesquita. - Rio de Janeiro : s.n. 2010. 157

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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria\\_ministros/pdf/Discurso\\_Ministro\\_Padilha.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1450&CO\\_NOTICIA=12054](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/pdf/Discurso_Ministro_Padilha.pdf?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054). Acesso em: 02 março 2016.

PASSOS, R. **Curso Completo do SUS**. Questões na Saúde, 2015.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

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

PINTO, C.R.J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PNUD Brasil, **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Os 8 Objetivos do Milênio**. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx> >; Acesso em: 22.fev.16

RADIS, Revista. **Acesso e humanização, direitos da mãe e do bebê**. Nº 17, maio de 2012. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SANTOS, J. **ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: aspectos de uma luta social**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. 2005 Disponível em <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina\\_PGPP/Trabalhos2/Joselito\\_Santos236.>](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Joselito_Santos236.>) Acesso em: 09.jan.16

SARTI, C.A. **O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória**. Revista Estudos Feministas, Universidade Federal de São Paulo. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S0104026X2004000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0104026X2004000200003&lng=en&nrm=iso)> .Acesso em 29.set.15.

SOIHET, R., ESTEVES, F.C. **O Centro da Mulher Brasileira (CMB-RJ) e suas experiências nos anos 1970 e 1980 in Revolução e democracia (1964-...)**; Jorge Ferreira e Daniel Aarão Reis (org). Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, M.H.N.S., TYRREL, M.A.R. **Políticas de Salud a la mujer em Brasil, 1974-2004**. Rev. Enfer. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):70-6. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a12.pdf>> .Acesso em 29.set.15.

SOUZA, Celina. **Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas**. In: POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL. Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

VILLELA, W. **Sáude Integral, reprodutiva e sexual da mulher.** Disponível em <[http://www.mulheres.org.br/documentos/saude\\_integral.pdf](http://www.mulheres.org.br/documentos/saude_integral.pdf)> Acesso em: 09 mar 16

VIANNA, Lucia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias.** Disponível em <<http://www.antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>> Acesso em: 09 mar 16

## ANEXO



Ministério  
Gabinete do Ministro

da

Saúde

### **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

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 n° 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 Portaria n° 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e n° 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria n° 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da Republica em 2009;

Considerando a Portaria n° 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

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, resolve:

Art. 1° A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, 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, denominada Rede Cegonha.

Art. 2° A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3° São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) 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.

## II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

## III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

## IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de

Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e

c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

I - Adesão e diagnóstico;

II - Desenho Regional da Rede Cegonha;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção

IV - Qualificação dos componentes e

V - Certificação

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:

a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional - CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados



demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF;

~~e) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;~~

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; [\(Retificado pelo DOU nº 125 de 01.07.2011, Seção 1, pág.61\)](#)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

### III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

### IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao

número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica.

## II -Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/GESCON/MS.

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

~~§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.~~

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local, encaminhada, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite - CIB e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local, encaminhado, para conhecimento, à CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). ([Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013](#)).

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

~~§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo CGR, na CIB e no CGSES/DF. § 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.~~

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com envio, para conhecimento, do respectivo CGR, CIB e CGSES/DF." (NR)

(Alterado pela PRT nº 1516/GM/MS de 24 de julho de 2013).

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

~~§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;~~ (Retificado pelo DOU nº 125 de 01.07.2011, Seção 1, pág.61)

§ 10 Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no inciso IV do art. 8º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

§ 12. Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos deverão ser imediatamente devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e por órgãos de controle externo. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2351 de 05.10.2011)

§ 13. Caso a transferência de recursos financeiros para custeio de reforma e para investimento em ampliação de imóveis seja de valor até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), o respectivo repasse será realizado ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário em 2 (duas) parcelas, sendo a primeira equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; e a segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante apresentação da respectiva ordem de início de serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA), e posteriormente autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

§ 14. Excepciona-se do disposto no parágrafo anterior a transferência de recursos financeiros para custeio de reforma e para investimento em ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto neonatal que seja de valor até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), hipótese em que o respectivo repasse será realizado ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário em parcela única após Portaria de habilitação editada pela SAS/MS. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

§ 15. Nas hipóteses dos §§ 13 e 14, a Portaria de habilitação disporá sobre o prazo máximo de execução do recurso financeiro repassado. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012)

§ 16. Caso verifique que não cumprirá o prazo de que trata o parágrafo anterior, o ente federativo beneficiário deverá encaminhar, em até 30 (trinta) dias antes do prazo final,

expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS. ([Acrescido pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012](#))

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

## 2.1 ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

### ANEXO I

#### MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

##### 1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

##### 2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

##### 3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

## ANEXO II

### MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

(D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00

(E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00

(F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00

(H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês

(I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.00,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.

(J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma

(K) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(L) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = N° de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(L) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): nº de leitos x 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(M) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(O) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(P) Custeio dos leitos Canguru: nº de leitos x 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)

(Q) Custeio dos leitos novos GAR: nº de novos leitos x 480,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(R) Custeio dos leitos GAR existentes: Valor da diária = R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica 06 (seis) meses de processamento disponível nos sistema DATASUS/SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou convênios entre gestores e prestadores.

Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

[\(Alterado pela PRT nº 904/GM/MS de 29 de maio de 2013\).](#)

### ANEXO III

#### NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo



Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma

Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

ANEXO IV

KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

ANEXO V

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha

Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estérilembalado em uma caixa de plástico)

Trocador de fralda

ANEXO VI

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

Avental plástico

Forro

protetor

