



Emilia Miranda Senapeschi

Psicóloga pela FAE Centro Universitário. Pós-graduanda em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Integrante da Rede Feminista de Saúde.



Leina Peres Rodrigues

Cientista social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde Pública Internacional pela Escola Nacional de Saúde da Universidade Carlos III de Madrid (ES). Integrante da Rede Feminista de Saúde.

Em 2021, a **Rede Feminista de Saúde** comemora 30 anos de história e trajetória pela saúde e pelos direitos das mulheres, com ênfase para os direitos sexuais e os direitos reprodutivos no Brasil e na América Latina. O presente dossiê emerge da insurgência de articular e fomentar reflexões, diálogos e ações a respeito dos fatores que são determinantes para a saúde das meninas, mulheres e pessoas com útero, como a violência de gênero, a mortalidade materna, a violência obstétrica e a desumanização do parto, a criminalização do aborto, os impactos do racismo na saúde das mulheres negras e da sorofobia na saúde das mulheres vivendo com HIV/aids. O Estado patriarcal, colonialista, machista, racista e capitalista exerce a dominação biopolítica sobre os nossos corpos. Nesse sentido, os direitos humanos e a saúde das mulheres estão em constantes disputas de poder e transformação, entre conquistas e progressos, desafios e retrocessos. Sendo assim, o dossiê em homenagem aos 30 anos da **Rede Feminista de Saúde** é um chamado para todas as pessoas que têm como o horizonte a erradicação das violências, desigualdades, discriminações e violações dos direitos das mulheres. Esperamos que esta publicação contribua com a luta pela saúde pública, universal e integral para todas as mulheres por uma perspectiva feminista e interseccional de gênero, raça e classe.

ORGANIZAÇÃO
Emilia Senapeschi e Leina Peres

Realização



Parceria



Apoio



Fundo de População das Nações Unidas



Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde

Editora CRV



Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde:

Democracia, Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

ORGANIZAÇÃO

Emilia Senapeschi e Leina Peres



A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos é uma articulação política nacional do movimento feminista e de mulheres. Fundada em 1991, a Rede possui abrangência nacional, sendo, atualmente, composta por nove regionais: Mato Grosso do Sul, Pará, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A Rede é articulada por trabalhadoras, pesquisadoras e ativistas pela saúde e pelos direitos das mulheres, especialmente os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. A Rede Feminista de Saúde atua em espaços de participação e controle social, como conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde e dos direitos das mulheres. A Rede também desenvolve ações, advocacy, pesquisas e projetos com enfoque na saúde e nos direitos das mulheres no Brasil e na América Latina. Ao longo das últimas três décadas, a Rede Feminista de Saúde esteve ao lado de grupos, coletivos, redes, frentes e movimentos feministas e de mulheres que atuam pela erradicação das violências, desigualdades, discriminações e violações dos direitos de meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar. É integrante da Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe – RSMLAC e da Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e Pela Legalização do Aborto – FNPLA. Entre as principais reivindicações da Rede Feminista de Saúde estão os direitos sexuais, os direitos reprodutivos e o direito à saúde pública, universal e integral para todas as mulheres por uma perspectiva feminista e interseccional de gênero, raça e classe.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Emilia Senapeschi
Leina Peres
(Organizadoras)

**DOSSIÊ DE 30 ANOS DA REDE
FEMINISTA DE SAÚDE: democracia,
saúde das mulheres, direitos sexuais
e direitos reprodutivos**

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2021

Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação: Designers da Editora CRV
Capa: Beatriz Lago
Revisão: Ligia Cardieri

Realização: Rede Nacional Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Parceria: Associação Casa da Mulher Catarina.

Apoio: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)
no âmbito do Edital Nas Trilhas de Cairo.

Dossiê 30 anos da Rede Feminista de Saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

D722

Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos / Emília Senapeschi, Leina Peres (organizadoras). Curitiba : CRV, 2021.
156p.

Bibliografia

ISBN digital 978-65-251-1905-2

ISBN físico 978-65-251-1909-0

DOI 10.24824/978652511909.0

1. Saúde pública 2. Direito da mulher 3. Direitos sexuais 4. Direitos reprodutivos 5. Saúde da mulher I. Senapeschi, Emília. org. II. Peres, Leina. org. III. Título IV. Série.

CDU 34(-55.2)

CDD 305.4
323.3

Índice para catálogo sistemático

1. Direito da mulher – 323.3

ESTA OBRA TAMBÉM SE ENCONTRA DISPONÍVEL EM FORMATO DIGITAL.
CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2021

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV

Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV

Tel.: (41) 3039-6418 - E-mail: sac@editoracrv.com.br

Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Conselho Editorial:

Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
Carlos Federico Domínguez Avila (Unieuro)
Carmen Tereza Velanga (UNIR)
Celso Conti (UFSCar)
Cesar Gerónimo Tello (Univer .Nacional
Três de Febrero – Argentina)
Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)
Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
Élsio José Corá (UFSF)
Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
Gloria Fariñas León (Universidade
de La Havana – Cuba)
Guillermo Arias Beatón (Universidade
de La Havana – Cuba)
Helmuth Krüger (UCP)
Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
João Adalberto Campato Junior (UNESP)
Josania Portela (UFPI)
Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
Lidia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
Lourdes Helena da Silva (UFV)
Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
Rodrigo Pratte-Santos (UFES)
Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
Simone Rodrigues Pinto (UNB)
Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
Sydione Santos (UEPG)
Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)

Comitê Científico:

Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia (UFSC)
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha (UFRJ)
Cristina Iwabe (UNICAMP)
Evania Nascimento (UEMG)
Fernando Antonio Basile Colugnati (UFJF)
Francisco Jaime Bezerra Mendonca Junior (UEPB)
Janesca Alban Roman (UTFPR)
José Antonio Chehuen Neto (UFJF)
Jose Odair Ferrari (UNIR)
Juliana Balbinot Reis Girondi (UFSC)
Karla de Araújo do Espirito Santo
Pontes (FIOCRUZ)
Lucas Henrique Lobato de Araujo (UFMG)
Lúcia Nazareth Amante (UFSC)
Lucieli Dias Pedreschi Chaves (EERP)
Maria Jose Coelho (UFRJ)
Milena Nunes Alves de Sousa (FIP)
Narciso Vieira Soares (URI)
Orenzio Soler (UFPA)
Samira Valentim Gama Lira (UNIFOR)
Thiago Mendonça de Aquino (UFAL)
Vânia de Souza (UFMG)
Wagner Luiz Ramos Barbosa (UFPA)
Wiliam César Alves Machado (UNIRIO)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Este projeto/ação tem o apoio institucional do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no âmbito do Edital Nas Trilhas de Cairo. Os conteúdos expressos são de responsabilidade da Rede Feminista de Saúde e não refletem necessariamente a posição oficial da UNFPA Brasil.

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível em: redesaude.org.br. Distribuição gratuita. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Agradecemos e dedicamos este livro a todas as mulheres que fazem ou fizeram parte da Rede Feminista de Saúde ao longo desses 30 anos de história e de atuação pela saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Também às pesquisadoras e autoras convidadas, pela disponibilidade, comprometimento e valorosa contribuição com a produção de conhecimento a respeito da saúde e dos direitos das mulheres. Às companheiras dos movimentos feministas e de mulheres pela incansável luta em defesa dos direitos humanos das meninas, mulheres e pessoas com útero no Brasil, América Latina e Caribe. Por fim, a todas as mulheres que ousam sonhar e lutar pelo direito de decidir sobre o corpo, com acesso à educação, promoção e prevenção da saúde, sem correr o risco de ser discriminada, presa ou morta, em respeito à autonomia, emancipação e liberdade humana.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

O corpo é nosso, o corpo é nosso!

*Não me venha com conversa mole
Que sua hipocrisia não se sustenta
A gente aborta já faz é tempo
Seu fundamentalismo que não aguenta
Somos donas do nosso corpo
E pra esse bla bla estamos bem atentas*

*A maternidade tem que ser escolha
Como pra macho é a paternidade
Uma mulher quando engravida
Precisa ter a seguridade
Se a criança que vem pra o mundo
Vem por livre e espontânea vontade*

*E essa história que foi por que quis
É coisa de gente desinformada
Por que todas nós sabemos
O que é uma gravidez indesejada
Queremos autonomia do nosso corpo
Abortar sem se sentir culpada*

*Não é justo uma mulher morrer
Por que fez um aborto na clandestinidade
É horrível vê nossas meninas
Não poderem viver com dignidade
Além de serem estupradas
Forçar uma gravidez é mais uma atrocidade*

*Quem mais morre são as mulheres negras
Não venha seu racismo querer inibir
Há quanto tempo nós escutamos
Que mulher preta é forte pra parir?
Corpos violentados na maternidade
E o estado não tá nem aí*

*Queremos políticas públicas
Atendimento especializado
Faz tempo que estamos na luta
Pra o aborto ser legalizado
E com o avanço do fascismo
Isso precisa ser mais pautado
(Poeta Cidinha Oliveira).*

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
<i>Emília Senapeschi</i> <i>Leina Peres</i>	
INTRODUÇÃO	
TRINTA ANOS DE CONQUISTAS, APRENDIZADOS E	
COMPROMISSOS RENOVADOS.....	17
<i>Clair Castilhos Coelho</i>	
VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERES:	
perspectivas para avançarmos sobre o legado de lutas	29
<i>Camila Mafioletti Daltoé</i> <i>Carmen Regina Ribeiro</i>	
MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: comove, mas não mobiliza.....	51
<i>Alaerte Leandro Martins</i> <i>Clair Castilhos Coelho</i> <i>Vânia Muniz Nequer Soares</i>	
PARTO HUMANIZADO: resgate histórico, conceitos e reflexões	73
<i>Alessandra Crystian Engles dos Reis</i> <i>Marcelexandra Rabelo</i>	
PRECISAMOS (AINDA) FALAR SOBRE ABORTO	97
<i>Ligia Cardieri</i> <i>Leina Peres</i>	
CORPO-VOZ DE MULHERES NEGRAS: a centralidade da reprodução.....	115
<i>Maria Luísa Pereira de Oliveira</i> <i>Vera Daisy Barcellos Costa</i>	
MULHERES, HIV/AIDS E A REDE FEMINISTA DE SAÚDE	129
<i>Claudia Santamarina</i> <i>Juçara Portugal Santiago</i> <i>Maria do Espírito Santos Tavares</i>	
RFS: três décadas de luta articulada e descentralizada	
por saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos	147
<i>Morgani Guzzo</i> <i>Vanessa Rodrigues da Silva</i>	
ÍNDICE REMISSIVO	153

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

APRESENTAÇÃO

O presente dossiê é uma realização do projeto que homenageia o marco dos 30 anos da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Este projeto tem o apoio institucional do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA Brasil no âmbito do I Edital Nas Trilhas de Cairo 2020. A publicação tem como objetivo contemplar as pautas feministas que foram e ainda são cruciais para a atuação da Rede Feminista de Saúde durante esses 30 anos. Os temas que integram o dossiê são a violência contra as meninas e as mulheres, a mortalidade materna, a humanização do parto, o aborto, o racismo e a saúde das mulheres negras, a saúde das mulheres vivendo com HIV/aids. Somada às essas temáticas, é apresentada como introdução uma análise da conjuntura política, dos direitos humanos e da saúde pública no Brasil nos últimos 30 anos, com ênfase para os avanços e as conquistas, os retrocessos e os desafios em saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos das meninas, mulheres e pessoas com útero. Neste dossiê todos os textos foram escritos por mulheres integrantes desta rede, entrelaçadas e que juntas sustentam uma luta de 30 anos. São elas, trabalhadoras, pesquisadoras e ativistas que dedicam suas vidas e suas forças de trabalho em defesa da saúde integral das mulheres, pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos e principalmente, pelo bem viver.

Desejamos a todas, a todos e a todes boa leitura!

Emilia Senapeschi
Leina Peres

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

INTRODUÇÃO

TRINTA ANOS DE CONQUISTAS, APRENDIZADOS E COMPROMISSOS RENOVADOS

*Clair Castilhos Coelho*¹

Narrar os 30 anos da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, desvela um inumerável conjunto de memórias, lembranças, afetos, decisões políticas, posições ideológicas e balanços de realizações. Giramos num verdadeiro caleidoscópio temporal onde se misturam alegrias, tensões, consensos e dissensos, ações transgressoras e libertárias junto com métodos e processos sistemáticos e rigorosos na ação prática e na formulação de conceitos.

A Rede foi e é a resultante de uma articulação de diferentes grupos feministas e de mulheres que, acompanhando a evolução dos movimentos sociais, formaram entidades de nível nacional e internacional. Entidades capazes de organizar ações de incidência e militância na defesa das causas e demandas de uma forma ampla e abrangente. A busca do conhecimento sobre a trajetória histórica da humanidade e a relação das mulheres com as diferentes interfaces da vida em sociedade foi a principal preocupação que uniu os diferentes grupos e mulheres que compõem a Rede. Entre as preocupações destaca-se o entendimento da evolução dos processos reprodutivos e sexuais. Este conhecimento sustenta uma militância com forte e qualificada incidência alinhada com as teses centrais do feminismo, entre elas, o questionamento da ordem sexual dominante. Saber que a partir desta foi construído um ideal feminino segundo o qual é avaliado, julgado e disciplinado o comportamento da mulher em todas as nuances de sua vida.

1. Corpo, saúde e sexualidade da mulher: uma breve contextualização histórica

A saúde é, talvez, o mais importante foco desses controles opressivos e estereotipados, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade. A vida da mulher, marcada pelo sangue, pelos humores, hormônios

¹ E-mail: clair.castilhos@gmail.com. Florianópolis/Santa Catarina. Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no período de 2011 a 2019.

e alterações cíclicas, muitas vezes, é relacionada aos ciclos da natureza, às fases da lua, aos equinócios e solstícios, aos movimentos da terra e aos rituais da sementeira e da colheita, às deusas da fecundidade e da beleza. Toda essa multiplicidade de sentimentos e crenças ao mesmo tempo em que conferia um sentido poético, sagrado e misterioso, também estimulavam um conjunto de rituais que tanto eram de adoração como de repressão, terror e medo. Nas origens culturais são encontradas diversas lendas que tentavam explicar a fertilidade das mulheres. Quando não eram entendidas, geram relatos fantásticos “de vaginas dentadas ou devoradoras que ameaçavam os homens com seu poder”.

Essas diferentes interpretações da vida sexual e reprodutiva das mulheres transformaram o ciclo vital da fêmea da espécie humana em algo que precisava ser conhecido para ser subjugado. As transformações do corpo feminino tornaram-no objeto de credices e controvérsias. Para controlar o poder fantasiado da sexualidade e da fertilidade feminina, a história da humanidade e da própria ciência está marcada de exemplos cruéis: cinturões de castidade, cerimônias culturais de controle como a infibulação, a clitoridectomia para o tratamento da masturbação, violência crescente no parto mediante o uso de procedimentos, artefatos e manobras, além dos maus tratos psíquicos.

As violências e as discriminações foram validadas pelas diferentes culturas, ciências e religiões em todos os tempos. Em nossa sociedade, ocidental judaico-cristã, os principais mecanismos utilizados para a submissão da mulher são a culpa, o pecado original, o culto da castidade e da virgindade, o casamento monogâmico e o ato sexual destinado apenas à reprodução humana.

Na Idade Média, os tenebrosos processos de heresias, movidos pela inquisição, durante mais de cinco séculos de repressão e terror, custaram às mulheres a morte nas fogueiras sob acusação de bruxaria. Os relatos históricos, no entanto, informam que elas eram as aborteiras, parteiras e curandeiras de suas comunidades. Detinham um grande conhecimento das plantas medicinais e de suas propriedades. Deve-se ressaltar que as mulheres são as responsáveis por várias descobertas científicas, o que sempre foi ocultado pela ciência dominante. E, como não poderia deixar de ser, a maioria das fórmulas líquidas, quando são diluídas ou fracionadas, invariavelmente partem de uma “tintura-mãe”!

Quando surgiu e se impôs o pensamento racionalista e com ele a medicina científica, esta foi masculina e patriarcal. Medicina esta que, apesar de todo o discurso Iluminista, nunca perdeu a influência da Igreja, tanto nos saberes como nas práticas. As controvérsias sobre o aborto que perduram até os dias de hoje são um exemplo clássico.

Esse poder/saber foi em grande parte subtraído das mulheres. O conflito tornou-se inevitável, embora tenha iniciado alguns séculos antes. O saber

feminino popular caiu na clandestinidade sendo muitas vezes apropriado pelo poder médico masculino que já se tornara hegemônico. Um papel importante do movimento feminista foi o enfrentamento e a denúncia desta herança persistente de preconceitos e repressões. Só uma tarefa constante é capaz de dar às mulheres o domínio e o controle sobre o seu próprio corpo.

Segundo Foucault (1979):

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo [...]. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu na sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política (FOUCAULT, 1979).

No final do século XIX e início do século XX, a realidade resultante do trabalho produtivo e remunerado das mulheres foi rompida. O limite estrito que existia entre o público e o privado, entre a reprodução biológica (esfera privada) e a venda da força de trabalho (esfera pública da produção industrial) fica visível. Assistimos ao surgimento de mais uma mercadoria no capitalismo em plena expansão – a mulher trabalhadora.

Ainda nesse século, são produzidos os primeiros artefatos de contracepção. Com o transcorrer do tempo, os métodos anticoncepcionais aparecem na cena social trazendo consigo as possibilidades de libertação da mulher da obrigatoriedade da concepção, a alternativa do controle populacional, a transgressão aos ditames religiosos de sexo só para a reprodução. A controvérsia, o debate, o antagonismo estavam instalados e faziam parte integrante do cenário da época. Outro aspecto que também se desenvolve são os estudos, pesquisas e as novas práticas relativas à contracepção e à concepção. Ou seja, a questão da reprodução e da sexualidade continuava como foco das preocupações.

Em 1960, foi lançada a pílula anticoncepcional. Os eventos na área da reprodução multiplicaram-se de forma acelerada. Vários métodos anticoncepcionais de base hormonal, com diferentes vias de administração, processos de tratamento da infertilidade, fertilização “in vitro”, embriões congelados, “úteros de aluguel”, vacina anticoncepcional, entre outros, e os que ainda virão, tornam cada vez mais necessária a definição de novos conceitos e paradigmas que combinem a ciência, a ética, a bioética, o desejo das mulheres de ter ou não ter filhos, o direito de decidir sobre o próprio corpo, a religião, a laicidade do Estado e da Ciência, a saúde biopsicossocial e as políticas públicas de saúde.

Esse complexo elenco de variáveis chegou às esferas internacionais e às Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a população, o desenvolvimento social, o meio ambiente, os direitos humanos, a erradicação da violência, desigualdade e violação dos direitos das mulheres.

A discussão e o estudo dessas questões remetem, decisivamente, para o campo da saúde e dos seus serviços. Para que estas interfaces sejam contempladas é necessário utilizar o conceito de direitos reprodutivos. Este conceito é uma construção teórico-conceitual elaborado pelo movimento de mulheres e referendado em Amsterdã em 1984, no “Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos” que ocorreu no VIII Encontro Internacional Mulher e Saúde. Segundo Ávila (1993),

A novidade em relação aos direitos reprodutivos é que são uma invenção das mulheres participando, como sujeitos, da construção de princípios democráticos. O feminismo é o locus político e filosófico dos direitos reprodutivos, é, na sua história ocidental, uma luta por igualdade (ÁVILA, 1993).

Na América Latina, em 1984, durante o I Encontro Regional de Saúde das Mulheres, realizado em Tenza, Colômbia, é criada a Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC). A Rede Feminista de Saúde passou a integrar a RSMLAC, e desde então, faz parte do Conselho Executivo da entidade, assim como, do Comitê Acadêmico da Universidade Itinerante, um projeto de formação e conscientização para as mulheres da região. Integrantes da Rede ministraram aulas, cursos e palestras na Guatemala (2005), no México (2006), no Paraguai (2009), no Equador (2011), entre outros. A temática mais frequente dos cursos são os impactos da globalização na saúde e direitos das mulheres.

A ONU reconhece, na Conferência de Nairobi, em 1985, que a promoção dos direitos da reprodução é uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade. A partir destas considerações, Direitos Reprodutivos são os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidades pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade. A abrangência desse conceito envolve a contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde.

Trabalhar com direitos reprodutivos significa entender que foi ampliada a abordagem sobre o assunto. O Relatório da Conferência do Cairo, em 1994, reflete a agenda de prioridades que as mulheres construíram, assim como demonstra que elas também redirecionaram o eixo da questão populacional. A partir daí o planejamento familiar perde força como conceito e emerge, com grande destaque o conceito de Direitos Reprodutivos como parte integrante dos Direitos Humanos.

Esses debates e formulação de conceitos, assim como a negociação política para sua garantia contou com a participação ativa e consistente de muitas

mulheres da Rede Feminista de Saúde, tanto no Brasil como no Cairo. A busca do consenso sobre os conceitos dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais ocupou grande parte da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), a Conferência do Cairo. Ao final, a declaração contempla as diferentes posições e o consenso é obtido mediante intensa negociação para obter avanços e ao mesmo tempo resistir à pressão das forças fundamentalistas lá presentes.

À luz da CIPD (1995):

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 1995).

Os direitos reprodutivos incluem o direito de todos os indivíduos exercerem controle sobre seus próprios corpos e de viverem relações sexuais consensuadas, livres de violência e de coerção, assim como de contraírem matrimônio com consentimento livre e pleno de ambas as pessoas. Os direitos reprodutivos são essenciais para que as mulheres exerçam seus direitos à saúde, incluindo-se o direito a serviços integrais e de boa qualidade, que assegurem privacidade, informação completa, livre escolha, confidencialidade e respeito (ONU, 1995).

É perceptível que na linguagem consensual, própria da diplomacia internacional, a formulação não é tão explícita como no conceito de Amsterdã, de 1984, mas mesmo assim foi considerado um avanço, levando-se em conta a conjuntura da época. A inclusão de direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos amplia o seu sentido e retira a reprodução da esfera privada, avançando para além do planejamento familiar, ou seja, sai do âmbito meramente familiar e passa a se localizar no espaço da sociedade como um todo. Contempla a antiga palavra de ordem do movimento feminista: “Filho não é só da mãe, é do pai, da família, da sociedade e do estado”.

Na IV Conferência Mundial da Mulher – Igualdade, Desenvolvimento e Paz, Beijing, 1995, muitas das decisões do Cairo são retomadas e garantidas. Na declaração está explícita a recomendação aos países signatários para revisarem a legislação punitiva sobre o aborto. É sem dúvida um grande progresso para a consolidação dos direitos reprodutivos. Mais uma vez a Rede se preparou para a participação na Conferência de Beijing, foram realizadas muitas reuniões para estudar os documentos e estruturar as posições da delegação brasileira.

2. O Brasil e a saúde das mulheres

O movimento feminista é a principal força impulsora para exigir o cumprimento dos acordos do Cairo e Beijing, na luta contra o fundamentalismo, o obscurantismo e o atraso. Essa tarefa é desempenhada pelas mulheres da Rede, no âmbito nacional, estaduais e municipais. Assim, a presença da Rede também funciona como um mecanismo de atualização e informação da comunidade a respeito das deliberações nacionais e internacionais sobre a saúde da mulher, Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre outras.

Um bom exemplo dessas contendas é a verificação dos avanços e recuos dos programas destinados à Saúde da Mulher. Historicamente, as políticas de saúde da mulher eram vinculadas à maternidade e à infância, os conhecidos Programas Materno-Infantil. O movimento feminista lutou sempre por programas destinados à promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, independentes do período reprodutivo/gestacional.

A Rede Nacional Feminista de Saúde de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que surgiu em 1991, acompanhou e acompanha até hoje a formulação e a implementação das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Os objetivos são atuar junto com a sociedade para superar as mazelas decorrentes do patriarcado e do capitalismo. Para nós, mulheres, o poderoso complexo médico-assistencial-privatista é o principal agravo do capitalismo interferindo no Sistema Público de Saúde.

Em 1983, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Um conjunto de estratégias que atuava em todo o ciclo vital da mulher, não durou mais do que 10 anos. De 2003 a 2007, foi implementada pelo Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde da Mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que previu um Plano de Ação previsto até 2007.

Em todas essas definições políticas, a Rede sempre esteve presente, ora atuando no Conselho Nacional de Saúde como conselheiras, ora como profissionais de saúde na Área Técnica de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde. Entre as importantes ações da Rede no controle social foi a criação e implementação da Comissão Interinstitucional da Saúde da Mulher (CISMU). Outra importante atuação foi nas Conferências Nacionais de Saúde. No espaço das Conferências, a Rede teve presença marcante nos debates e com suas integrantes sendo delegadas, palestrantes e debatedoras das mesas que discutiam e apresentavam as propostas.

Ocorreram contendas intensas sobre a descriminalização e a legalização do aborto. O principal argumento usado no espaço das Conferências e dos

Conselhos era sempre que o aborto, quando ilegal e clandestino, era inseguro e resultava em grande risco para a gestante, o que o tornava um problema de saúde pública. Mesmo assim, só uma vez tivemos sucesso entre as propostas votadas na plenária final da Conferência. O principal embate era com a Pastoral da Saúde. Apesar dessas controvérsias, a Rede pôde desenvolver condições para analisar o perfil epidemiológico das mulheres brasileiras e evidenciar que as maiores causas de adoecimento e morte são a pobreza, o preconceito, a discriminação, a medicalização do corpo e a precariedade da assistência. E saber, também, que o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ser uma política de Estado, é contra hegemônico em relação às políticas de governo, o que dificulta a efetivação de programas de caráter universalista, como foi o caso do PAISM e do PNAISM.

Aliás, nada que a história da Reforma Sanitária no Brasil não tenha demonstrado. Ou seja, a existência de um projeto contra-hegemônico, construído nas discussões, reflexões e lutas, empreendidas pelo movimento sanitário, na busca de transformar o sistema de saúde, vigente no país, que se mostrava econômica e eticamente inaceitável. O principal resultado, até os dias de hoje, foi a implantação do SUS. A Constituinte de 1988 foi um espaço democrático de negociação, constante, tenso e com muitos progressos e recuos.

Naquele momento um avanço importante foi a inclusão, no texto constitucional, do conceito ampliado de saúde, contido no Art.196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É construído historicamente, não é um conceito dado. Os princípios norteadores SUS, universalidade, equidade e integralidade, assim como os demais preceitos, só foram introduzidos na Constituinte de 1988, porque a conjuntura, naquele momento, estava favorável. O país vinha da Campanha das Diretas Já, do traumatismo com a morte de Tancredo Neves, e dos compromissos firmados por José Sarney que assumiu a presidência dependendo do apoio político do PMDB. Foi nessa época que o movimento de mulheres distribuiu no país inteiro a Carta das Mulheres aos Constituintes, ação coordenada pelo Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres. O novo governo precisava legitimar-se. Ainda se ouvia nas ruas o forte clamor popular da campanha pelas Diretas Já, pela convocação da Assembleia Nacional Constituinte, pelo fim definitivo da ditadura militar e pela democratização. Abriu-se aí o espaço para que as propostas aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Carta das Mulheres aos Constituintes fossem incluídas na constituinte. Esta

foi uma grande vitória para a histórica pauta de lutas do movimento sanitário e do movimento feminista e de mulheres. As lutas libertárias e avançadas desses movimentos transformaram-se em garantias constitucionais passando a integrar a Constituição aprovada em 1988.

3. 30 anos depois...

E hoje, no século 21, período pós-constituente, anos 1990 até 2021, que sistema de saúde existe no Brasil? Que sistema de proteção e promoção da saúde da mulher? E onde estão os mecanismos de garantia dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais? Qual o SUS que emergiu após a reforma do Estado, operada no Brasil, 1994? É uma política pública? É um modelo assistencial? É um sistema operacional? É alguma coisa que serve para materializar o conceito ampliado de saúde na forma de ações concretas voltadas para o conjunto da população? Ou será tudo isso?

Na verdade, é tudo isso, organizado nas suas três esferas de atuação e acrescido dos desvios de princípios que estas décadas de neoliberalismo impuseram nas suas instâncias administrativas e políticas. O movimento feminista, o movimento sanitário, assim como, as forças sociais mais progressistas, trabalham com o conceito de saúde da Constituição, mas esse não é o que corresponde ao momento atual, tanto da conjuntura internacional como da nacional, que reflete a posição política do governo. O conceito adotado hoje é “saúde é estar de pé para trabalhar”. É isso que o capitalismo na sua forma neoliberal preconiza para os trabalhadores.

Segundo Luz (1986), o papel que nós profissionais de saúde desempenhamos é o de “ortopedistas sociais”, pois apenas repomos no corpo do/a trabalhador/a aquilo que a exploração capitalista lhe arrancou no processo de trabalho (LUZ, 1986). Essa afirmação é muito atual, e dolorosa, quando é visualizada a forma brutal de expropriação do corpo das pessoas e das mulheres em especial, situação exacerbada após o golpe de 2016.

As jornadas de junho de 2013, independentemente das intenções individuais de cada participante ou protagonista, e mesmo do juízo sobre as insatisfações que grassavam em relação ao Governo Dilma – aquelas jornadas – constituíram a base política e agruparam um largo espectro social de insatisfeitos, dentro e fora dos partidos, que nos trouxeram até a tragédia institucional que estamos vivendo hoje, no Brasil. O “impeachment” é filho daquelas jornadas e Bolsonaro é o seu produto mais especial.

No dia 17 de abril de 2016 ocorreu um evento macabro e brutal que poucos imaginavam que iria acontecer no Brasil. Eram homens e mulheres transformados/as em uma horda histórica, transtornados/as em surtos de violência e degradação pessoal encenando uma verdadeira sessão de um tribunal

de inquisição, onde queimavam uma mulher presidenta da República. Mas, era uma fogueira onde aquelas criaturas odiosas exorcizaram o ódio, a misoginia, os preconceitos e a truculência de um fazer político atrasado e primitivo. Infeliz pátria/mátria amada tão gentil!

A maior tristeza, no entanto, foi ver aquelas mulheres deputadas que de forma patética declararam seus votos contra a primeira mulher presidenta, e que elas condenavam sem que esta tivesse cometido nenhum crime. O mais dramático ainda, era a expressão delas, após o voto pedindo, com os olhares alienados e súplicos, uma espécie de aprovação para aqueles homens hostis e ridículos postados à margem do local de votação. Eram as “mulherzinhas” prestando contas de sua submissão e perversidade. Nesse dia foi demonstrado, com sucesso, o resultado de um plano de ultraje à democracia brasileira e à dominação de sua economia planejado e executado meticulosamente pelo capital rentista internacional, pela burguesia local, pelos seus representantes no judiciário, executivo e legislativo, pela grande mídia à serviço da alienação e embrutecimento do povo.

Mas, afinal, o que queria o golpe? Intenções e propostas do grupo que chegou ao poder, sem passar por uma eleição, para a saúde pública e para o SUS estão no documento emitido Ponte para o Futuro. Segundo entrevistas de Moreira Franco e projetos de lei de lideranças desse grupo, a prioridade zero seria enfrentar a crise no campo da política econômica, e é todo de médio ou longo prazo. Como? Com a venda de ativos (privatizações), o Estado deixa de atuar como agente econômico (no petróleo, por exemplo) e redução do gasto público.

A cruzada intensa dos fundamentalistas e da pauta de costumes que desconstrói e corrói todos os frágeis marcos civilizatórios que haviam sido estruturados nos governos FHC, Lula e Dilma obtiveram sucesso no seu empreendimento letal. O resultado foi um produto deformado, um presidente cheio de ódios e ressentimentos que parece não saber onde está; um processo de destruição do mínimo de Estado Social; uma distorção profunda nas funções do Sistema de Justiça.

Os Ministérios, das áreas principais de Governo, ocupados com quadros despreparados, fundamentalistas religiosos ou integrados por pessoas com visíveis perturbações psíquicas. Ministros que odeiam suas pastas e parecem ter como único objetivo destruir as políticas e programas por elas desenvolvidos. Eis uma síntese generosa do que é o Governo atual, cuja engenharia começou lá naqueles movimentos aparentemente espontâneos. Uma das providências quase imediatas do Ministério da Saúde foi desmontar a área técnica da saúde da mulher. Mais uma vez a Rede denunciou e se posicionou de maneira corajosa e consequente.

No início do terceiro milênio a tarefa mais urgente é a necessidade de enfrentar a extraordinária hegemonia do pensamento neoliberal, a exploração

de classe exacerbada na ditadura do mercado; o fundamentalismo religioso e o misticismo; a volta e a permanência de preconceitos contra a mulher e a obrigação de oferecer à população serviços de saúde dentro dos princípios e diretrizes do SUS. Segundo a visão desses organismos internacionais a saúde trata-se de bem privado que os indivíduos se apropriam em quantidades variáveis. A saúde é uma responsabilidade privada, uma mercadoria, que as pessoas adquirem mediante pagamento, portanto quem tem mais dinheiro compra mais saúde.

É um desafio que precisa ser enfrentado por todas e todos. É preciso ganhar a sociedade para que haja superação dessa lógica que impede o desenvolvimento humano e a justiça social. Desafio esse que a Rede vem enfrentando desde a sua fundação. O que fica cada dia mais claro é que o capital, o patriarcado e a morte andam juntos. Há um capital da morte fortalecido pelo fundamentalismo do patriarcado. Não será preciso buscar a morte do capital e a superação do patriarcado? A ruptura é a tarefa que se impõe!

Para concluir, vale pensar no fragmento de um texto do Fernando Peixoto quando escreveu a biografia de Brecht. Ao analisar uma peça do Brecht, ele dizia assim:

para transformar o mundo é preciso cólera e tenacidade, ciência e indignação, iniciativa rápida e longa reflexão, paciência fria e perseverança infinita, somente as lições da realidade podem nos ensinar a mudar a realidade.

Aqui as palavras finais dessa introdução que buscou de forma livre e apaixonada contar a trajetória da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, assim como relacionar o seu fazer no mundo com a história e a conjuntura de seu tempo. Mas não é permissível esquecer que o medo e o horror ancestral dos patriarcas fundamentalistas é não conseguir entender o que Chico Buarque explica, poeticamente, em sua música Tororó:

Dentro da fêmea Deus pôs
Lagos e grutas, canais,
Carnes e curvas e cós
Seduções e pecados infernais
Em nome dela, depois
Criou perfumes, cristais
O campo de girassóis
E as noites de paz
(Tororó, Chico Buarque, 1988).

E por fim, não podemos esquecer: O terceiro milênio nos pertence!

REFERÊNCIAS

ÁVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Rev Estudos Feministas**, CIEC/ECO/UFRJ, v. 2, p. 382-93, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, 1984. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Editora MS, 2004. 82 p.

CARNEIRO, F. **Ciclos da Vida**. Rio de Janeiro: REDEH, 1993. 111 p.

DOCUMENTOS da Rede Feminista de Saúde.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. *In*: MICROFÍSICA do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 80.

LUZ, Madel Terezinha. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial da Mulher**, 4., Beijing, 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994**. Brasília: FNUAP/CNPD, (1995).

SANCHEZ, L. H. Reprodução, patriarcado e poder. *In*: PRIMEIRO ENCONTRO REGIONAL SOBRE A SAÚDE DA MULHER. Bogotá: Editora Gazeta, 1984. p. 89-94.

SOS CORPO – GRUPO DE SAÚDE DA MULHER (Recife). **Viagem ao mundo da contracepção**: um guia sobre os métodos anticoncepcionais. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990. 223 p.

TEXTOS escritos pela autora para diferentes palestras.

TEXTOS publicados no blog claircastilhos.wordpress.com.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

VIOLÊNCIAS CONTRA AS MULHERES: perspectivas para avancarmos sobre o legado de lutas

*Camila Mafioletti Daltoé²
Carmen Regina Ribeiro³*

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

1. Apresentação

Não é de hoje que a violência contra as mulheres (VCM) afeta a sociedade como um todo e, em especial medida, as mulheres como um grave problema social e de saúde pública. Por representar uma das facetas da desigualdade de gênero que, apesar de antiga, se perpetua no tempo até os dias atuais, não se supõe haver uma resposta simples para sua erradicação. O enfrentamento às violências contra as mulheres constitui-se, em realidade, em um projeto político coletivo operado por uma parte da sociedade que busca evidenciar a desigualdade de gênero como uma construção social e, portanto, passível de desconstrução – sem ignorar a complexidade que esse projeto importa. Nesse sentido, fomos convidadas a contribuir na reflexão sobre a VCM para compor o “Dossiê 30 anos da Rede Feminista de Saúde: nas trilhas do Cairo”. A medida soma-se à atuação política estratégica de militantes pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres que integram a Rede Feminista de Saúde no Brasil (RFS) e importa um registro histórico – situado desde uma perspectiva feminista – do atual momento para contribuir no enfrentamento estratégico da violência de gênero. Sendo assim, apresentamos nessa contribuição uma breve contextualização dos avanços e desafios no que toca ao enfrentamento à violência de gênero, bem como uma análise de alguns dados disponíveis de violência sexual e mortes violentas de mulheres – e uma problematização sobre sua produção. Ainda que se tenham criado leis com mecanismos para enfrentar a violência contra as mulheres, sua efetiva aplicação ainda está em disputa e, nesse contexto, duma perspectiva feminista,

2 E-mail: camilamafioletti@gmail.com. Curitiba/Paraná. Advogada e pesquisadora. Mestra em Estudos de Gênero e Direitos das Mulheres pelo Consórcio Erasmus Mundus Master's Degree in Women's and Gender Studies (Central European University e Universidad de Oviedo) e pós-graduada em Direitos Constitucionais pela Academia Brasileira de Direitos Constitucionais.

3 E-mail: carminharibeiro@gmail.com. Curitiba/Paraná. Socióloga, especialista em Planejamento de Sistemas de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Representante da Rede Feminista de Saúde Regional Paraná no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Paraná.

a atuação dos movimentos organizados se mostra como essencial parte dessa correlação de forças pela efetiva aplicabilidade da norma em cumprimento a sua função social. Ao analisar os dados nesse ensaio, discutiremos a importância dos marcos históricos (sejam leis, serviços, pesquisas, dados, ações afirmativas etc.) que contribuíram para nomear e compreender a dimensão do problema, ainda que em perspectiva de maior prazo, lutemos para que a sociedade alcance uma justiça material a ponto de não deles precisarmos.

2. Introdução e contextualização do problema

As violências contra as mulheres representam um importante problema de saúde pública e de direitos humanos (NAÇÕES UNIDAS, 1993) e uma barreira para o desenvolvimento social em diferentes países. Elas se constituem como instrumentos a perpetuar as relações de poder que, não ao acaso, foram socialmente construídas desigualmente. Inicialmente, cabe contextualizar que as categorizações utilizadas para a leitura do mundo são construídas de maneira a revelar o cenário existente e, também, podem representar uma possibilidade de construir novos modelos de sociedade. Nesse sentido, a leitura do gênero como categoria supostamente binária e hierárquica (em que homens estariam em uma condição de superioridade em relação às mulheres) representa a imposição de um modelo forjado para sugerir que há corpos que não pertencem ou, melhor dito, há corpos que valem mais do que os outros em uma lógica de dominação.

Importante mencionar que não apenas as categorias, como também as oposições e hierarquias entre elas são criadas visando à manutenção de uma lógica de poder. Ela pressupõe como antinatural as existências que não se enquadram neste suposto “padrão” imposto (colonial, racista, heteronormativo, capacitista, machista, entre outros). Para fins de contribuição para o dossiê, assumimos – não sem problematizar – as discussões e a produção de leis e dados resultantes dessa construção social utilizada pelos sistemas existentes atualmente (judiciário, saúde, legislativo) que produzem dados e lidam com a experiência humana a partir dessas categorias binárias e hierárquicas de poder. As estruturas sociais (nela incluídos os aparatos do Estado, o direito, e os códigos sociais ditos e não ditos) retratam esse cenário da vagarosa transição, ainda em andamento, para o reconhecimento da desigualdade de gênero e a busca de mecanismos para repará-la. No contexto posto, importamos reconhecer os desafios, como também as brechas possíveis para avançar.

Enquanto o direito historicamente foi utilizado como mecanismo para reforçar as relações de poder na sociedade, recentemente e, em decorrência das demandas da sociedade civil organizada e dos movimentos sociais, nota-se uma transição em que ele passa a reconhecer as desigualdades e

propor mecanismos para repará-las. Os documentos e tratados internacionais de direitos humanos surgem como respostas às violações que marcaram a história do mundo. A Declaração Internacional dos Direitos Humanos (1948) resultou de articulações para responder às denúncias em relação às atrocidades ocorridas especialmente durante a II Guerra Mundial e no holocausto. Na temática de gênero, a falta de menção específica às mulheres no texto da Declaração abriu espaço para interpretações quanto à possibilidade de a proteção assegurada no documento não contemplar as mulheres. Ainda que de maneira majoritária se entendesse que o texto contempla as mulheres, foi necessário que, décadas depois, durante a Conferência de Viena, em 1993, se reafirmasse expressamente – por meio da Declaração de Viena – que os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais.

A incorporação de documentos internacionais de proteção às mulheres encontra-se em um contexto de uma crescente demanda pelo enfrentamento às violações históricas dos direitos de determinados grupos. A lenta e gradual incorporação de mecanismos de proteção de direitos – e mais especificamente direitos humanos das mulheres – representou uma resposta às atrocidades ocorridas anteriormente e às pressões sociais por uma construção de uma sociedade mais igualitária. Ressaltamos que os discursos e discussões produzidos nesses espaços de construção de documentos de direitos humanos muitas das vezes foram palco para a reprodução de opressões. Muitas vezes, ao se buscar consensos nos documentos das conferências internacionais, o que ocorreu em realidade foi a reprodução de opressões baseadas em relações de poder coloniais e o apagamento das diferenças. Não por acaso as vozes que não aparecem representadas originaram-se, via de regra, das pessoas vindas das regiões colonizadas, de pessoas negras, corpos não binários, com deficiência – em suma, corpos que fogem à lógica das relações de dominação colonial (branquitude, europeia).

Dito isto e reconhecendo a produção de efeitos das discussões desses espaços, ressaltam-se aqui os discursos que contribuíram com os avanços legislativos na temática de gênero. O primeiro tratado internacional específico de direitos das mulheres, a Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) (Organização das Nações Unidas – ONU, 1979), o tema da violência contra as mulheres não foi abordado. Dentre os diversos dispositivos e proteções asseguradas no texto, a VCM não aparece nomeada. Foram das articulações feministas, em especial latino-americanas, as provocações para o enfrentamento do tema em âmbito internacional. A primeira vez que a VCM foi tema de um tratado internacional no âmbito do direito internacional dos direitos humanos foi na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher,

também conhecida como Convenção de Belém do Pará (OEA, Comissão Interamericana de Direitos Humanos – CIDH, 1994).

No âmbito nacional foi, também, a partir de articulações feministas que as leis foram alteradas no intuito de buscar oferecer reparação histórica às mulheres. Enquanto historicamente as instituições autorizaram e até mesmo reforçaram a violência contra as mulheres, recentemente houve uma mudança no sentido de, não apenas reconhecê-la como um problema, mas também criar mecanismos para enfrentá-la. Se no passado, por exemplo, o direito entendia como escusável o homicídio de uma mulher por seu marido em caso que ela o tivesse traído, hoje há tipos penais específicos que expressamente condenam a violência baseada no gênero.

A primeira vez que a violência contra as mulheres aparece no ordenamento jurídico brasileiro se dá em resposta à litigância internacional feminista. A partir da ratificação do Pacto São José da Costa Rica (1979), o Brasil e os demais Estados-signatários submetem-se a um controle externo quanto à implementação dos direitos humanos no território nacional. Foi nesse contexto que uma articulação de juristas feministas se amparou para denunciar a sistemática ausência de resposta do Brasil em situações de violência contra as mulheres.

A dupla tentativa de homicídio contra Maria da Penha Maia Fernandes por seu então companheiro foi levada por movimentos feministas à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) como exemplo emblemático da ineficácia do Estado brasileiro em oferecer respostas e proteção às mulheres, vez que após mais de 20 anos, o crime ainda não havia sido deslindado. A partir do relatório produzido pela CIDH determinando a adoção de medidas legais, administrativas e criminais quanto ao tema, o Brasil sancionou a Lei 11.340/2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha – a primeira lei abordando o tema da violência doméstica e familiar contra as mulheres no país.

A lei inaugurou um contínuo de avanços legislativos na temática, ainda em construção e sob disputa. Mais recentemente, em 2015, o Brasil sancionou a lei que tipifica o crime de feminicídio (Lei 13.104/2015), diferenciando-o do homicídio para trazer luz ao critério de gênero que (re)produz mortes evitáveis de mulheres. O processo para a aprovação da lei foi inaugurado com a instituição da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra a Mulher em 2013, instaurada para investigar o alto número de homicídios de mulheres no país. O processo da CPMI envolveu mobilizações do legislativo, executivo, judiciário e da sociedade civil de diversos Estados. No Paraná, a Rede Feminista de Saúde foi uma das articuladoras cruciais desse processo de avaliação da política estadual e participação em todas as etapas da Comissão, desde a elaboração do relatório até participação na audiência

pública e diversas reuniões de organização e avaliação da violência contra a mulher no âmbito estadual.

O relatório final publicado ao fim desse processo sugeriu a adoção de 13 Projetos de Lei e um Projeto de Resolução do Congresso Nacional, dentre eles, o projeto de lei para instituir nova qualificadora para o crime de feminicídio. Ainda que o crime de homicídio já fosse tipificado e o homicídio contra as mulheres investigado no Brasil, a criação do tipo específico do feminicídio importou em mais um avanço no sentido de não apenas reconhecer a causa de gênero nos alarmantes dados de homicídios de mulheres, mas também, garantiu visibilidade ao tema e mecanismos para seu monitoramento.

Ao nomear e buscar instrumentos para enfrentar a VCM, o Estado brasileiro marca um processo de reconhecimento da desigualdade de gênero como problema a ser enfrentado e possibilita a categorização do dado para melhor diagnóstico do problema e, em consequência, um enfrentamento mais eficaz da violência contra as mulheres.

3. Dados estatísticos e respectivas fontes

Ainda que se saiba da necessidade de um diagnóstico dos problemas sociais para enfrentá-los a partir da realidade concreta, os dados da violência contra as mulheres ainda representam apenas uma parcela da violência que as brasileiras sofrem. A maior dificuldade para se fazer um diagnóstico preciso da VCM é a falta de dados e a baixa confiabilidade de boa parte das poucas fontes existentes sobre este tema.

Os dados da VCM são produzidos a partir dos diversos órgãos que atendem às mulheres em situação de violência, bem como por institutos de pesquisa e controle social. As violências físicas, incluindo o homicídio, o feminicídio e as violências sexuais são mais frequentemente contabilizadas a partir de registros das áreas da Segurança Pública e da Saúde, através de sistemas próprios, porém com finalidades diversas. Em 1975, o Ministério da Saúde criou o *Sistema de Informações de Mortalidade* (SIM), que tem como base a declaração de óbito preenchida pelo médico e utilizada pelos cartórios para a emissão da certidão de óbito. Em janeiro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 104, que estabeleceu a obrigatoriedade para todos os serviços de saúde, públicos e privados, de notificar os casos de violência atendidos, através de um formulário específico. Em 2014, com a Portaria nº 1.271, de 06 de junho, atualizou-se a lista de agravos de notificação compulsória, atribuindo caráter imediato à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio, reafirmada pela Portaria nº 4, de setembro

de 2017⁴. A notificação obrigatória é preenchida em cada serviço ao atender uma vítima de violência e registrada no *Sistema Nacional de Agravos de Notificação Obrigatória* (SINAN), com objetivo estritamente epidemiológico constituindo, dessa forma, um banco de dados público e acessível.

Na área da Segurança Pública os boletins de ocorrência se constituem como o registro inicial das ocorrências policiais e base de dados para as Secretarias Estaduais de Segurança Pública/Defesa Social gerarem relatórios estatísticos. Na ausência de um Sistema Nacional oficial responsável por uniformizar o registro de informações e gerar relatórios estatísticos na área da Segurança Pública, instituições como Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) passaram a compilar os dados fornecidos pelos organismos estaduais de segurança pública para produzir os anuários de Segurança Pública, que se constituem em fonte de informações para a maioria das/os pesquisadoras/es, planejadoras/es, jornalistas, Organizações Não Governamentais (ONG's) e demais interessadas/os. Salienta-se que as/os organizadoras/es dos anuários sempre apontam para a debilidades no registro dos dados e a conseqüente interferência na confiabilidade das informações. Cumpre ressaltar que é obrigação do Ministério Público o cadastro de casos de VCM, nos termos do art. 25, III, da Lei 11.340/2006. Os dados que chegam aos Ministérios Públicos, cuja sistematização começou apenas recentemente a ser pensada e programada, são advindos do Sistema de Segurança Pública.

As inconstâncias e falta de padronização na fonte primária dos dados fornecidas nos Estados dificultam sobremaneira a sua compilação e análise. A falta de um sistema nacional dificulta a unificação de linguagem que permita a compreensão da temática e a elaboração de procedimentos, bem como a lide com a devida atenção aos casos excepcionais e às especificidades regionais. Localmente, por sua vez, os desafios para se alcançar levantamentos precisos dos dados conectam-se às diferentes interpretações dos conceitos e procedimentos, bem como, por vezes, à sujeição da temática às interferências políticas nas diferentes regiões.

Mesmo nos poucos locais que contam com Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), observam-se barreiras procedimentais, estruturais e culturais no registro de boletins de ocorrência e formatação de inquéritos policiais. Algumas das razões alegadas pelos serviços quando questionados quanto à negativa de registro do boletim de Ocorrência em determinados casos são a falta de materialidade do crime, falta de provas documentais e testemunhais, comportamento dúbio da mulher em dar prosseguimento ao

4 Deve-se notificar: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. Disponível em: <https://www.cevs.gov.br/informacoes-basicas>.

processo, dentre outros que, de um lado atravancam o bom andamento da investigação dos crimes – levando a conseqüente impunidade – e, de outro, ao desestímulo a que as mulheres em situação de violência façam denúncias.

Tanto os dados informados pelo Ministério da Saúde quanto aqueles informados pelos organismos estaduais de segurança pública referem-se às ocorrências de mulheres atendidas em situações emergenciais ou que procuraram os serviços para denunciar violências e buscar atendimento. Assim, somam-se aos casos não notificados pelos serviços e às notificações imprecisas – que registram a VCM sob outras categorias –, um montante significativo de casos de mulheres que não acessam os aparatos estatais quando da ocorrência da VCM. Nesse sentido, permanece encoberta a real dimensão da violência sofrida, ainda que os dados levantados já apontem para um problema social de extrema gravidade.

4. Homicídios e Femicídios

O debate e a mobilização pela igualdade de direitos das mulheres cresceram no Brasil no bojo das lutas pela democracia ao longo da década de 1980. Os institutos jurídicos foram lentamente adaptando-se para dar conta de atender a demanda social pelo reconhecimento da desigualdade entre os sexos e criação de mecanismos para repará-la. No entanto, as conquistas formais de direitos não garantem a sua efetivação na realidade. Nas últimas três décadas os movimentos de mulheres e os movimentos feministas tiveram um papel de destaque protagonizando lutas em vários campos na busca da regulamentação das conquistas constitucionais e da manutenção dos avanços conquistados, tanto no campo jurídico, como nas relações sociais, na educação, no trabalho, na saúde, na cultura.

As leis importam em um marco e, a partir delas, uma série de articulações se fazem necessárias para interpretá-las de maneira a melhor enfrentar o problema. Nesse sentido, são aspectos essenciais para o efetivo enfrentamento à VCM desde a interpretação das leis pelas/os operadoras/es do direito e pela sociedade, até a estruturação do aparato estatal com iniciativas como a criação de novos serviços e protocolos que levem em conta a perspectiva de gênero por sua intrínseca conexão com a resolução do problema.

Assim, ressaltamos o desafio relacionado ao registro das denúncias e investigações ainda incipientes no Sistema de justiça, com baixo nível de confiabilidade, devido à falta de homogeneidade de procedimentos de coleta e registro entre os entes da federação. Soma-se, ainda, a ausência de nomenclaturas, taxinomias e conceitos unificados, especialmente quando se trata da qualificação de feminicídio e demais crimes baseados no gênero, por serem leis recentes e que conflitam com a cultura machista e misógina predominante.

Inobstante, são esses os dados disponíveis para uma avaliação e que devem ser analisados considerando todas as limitações que apresentam.

Feitas estas considerações, apresentamos os resultados do levantamento dos dados, iniciando com as informações sobre *Homicídios de Mulheres e Feminicídios* ocorridos de 2017 ao primeiro semestre de 2020, dispostas na tabela 1. Observando os dados, verificamos uma diminuição no número de homicídios de mulheres entre os anos de 2017 e 2019, chegando a (-)16,3% de 2018 a 2019, percebido também na taxa dos homicídios femininos sobre 100.000 mulheres. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019 e de 2020⁵, registra-se ainda, no mesmo período, uma diminuição do total de homicídios. Não obstante, observa-se na tabela a seguir uma progressão da participação proporcional dos homicídios de mulheres em relação ao total, indicando que a diminuição da ocorrência de homicídios de mulheres se dá em menor incidência do que entre os homens. Em relação ao cômputo dos feminicídios há um aumento progressivo entre os anos analisados, tanto no total de ocorrências como nas taxas. Pode-se inferir, portanto, que as mortes violentas de mulheres estão progressivamente sendo melhor registradas, avaliadas e investigadas como feminicídios, o que explicaria, em parte, a diminuição dos registros de homicídios de mulheres. Considerando o exposto, fica difícil concluir se houve aumento real de feminicídios no período ou apenas uma tipificação mais apurada dos casos. Mesmo em se tratando de dados que ainda são subestimados em relação à realidade, sua magnitude segue sendo alarmante: no Brasil tem-se mais de 110 feminicídios por mês, ou 3,7 em média por dia.

Numa tentativa de avaliar o impacto da pandemia de Covid-19 na violência contra as mulheres, buscou-se comparar os dados relativos ao primeiro semestre de 2019, com o primeiro semestre de 2020, evidenciando-se que houve um aumento de 2% nas ocorrências tanto de homicídios, quanto de feminicídios, o que pode indicar um aumento real e não simples melhora na avaliação dos homicídios (ver tabela 1).

5 Anuário de Segurança Pública 2019 e Anuário de Segurança Pública 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Tabela 1 – Homicídios de Mulheres e Feminicídios. Brasil. 2017 a 2020

Ano	Homicídios de mulheres				
	2017	2018	2019	1 s. 2019	1s. 2020
Nº	4.556	4.340	3.730	1.812	1.848
Taxa ¹	4,3	4,1	3,5		
Cresc% ²		-5	-16,3		2
%T/Hom ³					

Ano	Feminicídios				
	2017	2018	2019	1s 2019	1s 2020
Nº	1.075	1.229	1.326	636	649
Taxa ¹	1	1,1	1,2		
Cresc% ²		12,5	7,3		2
%T/Hom ³	8,1	8,8	9,4		8,5

Fonte: Anuário de Segurança Pública 2019 e Anuário de Segurança Pública 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Microdados dos registros Policiais das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. ¹taxa por 100.000 mulheres. ²crescimento % ano a ano (cálculo das autoras) ³ % de feminicídios sobre o total de homicídios (cálculo das autoras).

Comparando os dados da área da Segurança Pública com os da área da Saúde (tabela 2), percebemos uma diferença nos quantitativos registrados quando se soma o total de homicídios e o de feminicídios, sendo maiores aqueles valores apresentados pelos registros policiais. As diferenças entre os momentos do registro, bem como eventuais ajustes realizados após averiguação do caso em concreto podem ilustrar parte dessa discrepância. Outra parte pode vir a apontar para uma possível subnotificação passível de averiguação para fins de reduzir as subnotificações. No entanto, em que pesem as diferenças, ambos os dados mostram a mesma tendência de redução dos óbitos violentos não acidentais a partir de 2017. Os óbitos por agressão entre as mulheres representam em torno de 8% do total de óbitos, segundo aponta a tabela 2.

Tabela 2 – Óbitos por Agressão, segundo o Sexo. Brasil. 2016 a 2019

Sexo	2016		2017		Var.%
	Nº abs	%	Nº abs	%	
Masc	56.409	92,2	58.713	92,1	4,1
Fem	4.635	7,6	4.928	7,7	6,3
Ign	99	0,2	107	0,2	8,1
Total	61.143	100	63.748	100	4,3

continua...

continuação

Sexo	2018			2019		
	Nº abs	%	Var.%	Nº abs	%	Var.%
Masc	51.271	91,7	-12,7	40.231	91,4	-21,5
Fem	4.512	8,1	-8,4	3.728	8,4	-17,4
Ign	131	0,2	22,4	74	0,2	-32,4
Total	55.914	100	-12,3	44.033	100	-21,2

Fonte: Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informação de Mortalidade. TabNet.

A avaliação das características dos feminicídios de acordo com os registros policiais, mostra que em 88,8% dos casos os companheiros ou ex-companheiros foram os responsáveis pelas agressões fatais, como podemos ver na tabela 3, demonstrando uma forte conexão com os dados levantados em pesquisas de violência doméstica. A mesma tabela aponta que a residência foi onde 65,6% das vítimas de feminicídio foram assassinadas, comprovando que para as mulheres e meninas e, em muitos casos, também para os meninos, a casa e a família não representam segurança e proteção, como normalmente se apregoa. Em 2020 e 2021, a pandemia determinou a redução do convívio social e significou o recolhimento maior das pessoas às suas casas, ambiente que se revela bastante mais inseguro às mulheres e meninas, representando um risco sobreposto aos perigos do COVID-19. As demais relações que potencialmente poderiam se traduzir em redes de apoio às mulheres e crianças ficaram restritas, ampliando os riscos pelo isolamento, dificuldade de acesso a serviços de saúde, de educação, de assistência social e de segurança pública.

Algumas alternativas como a possibilidade de registro do Boletim de Ocorrência Policial pela internet e a ampliação de instrumentos de denúncia online foram criados num esforço de minimizar as consequências de um isolamento das mulheres e crianças junto com seu possível agressor. No entanto, não se tem notícias da intensificação de medidas mais diretas de proteção e apoio por parte de organismos governamentais, relegando às mulheres, já em condição de extrema vulnerabilidade, a lide com a complexa situação de violência doméstica em que se encontram. Não se observou a ampla divulgação ou investimento em medidas para a ampliação de abrigos para as mulheres em risco, fortalecimento de serviços, campanhas mais explícitas indicando caminhos para a denúncia e busca de ajuda, entre outros. Ademais, frisa-se que o registro online representa uma medida de acesso limitado, vez que nem todas as mulheres possuem os aparatos necessários ao registro (computador, internet etc.), como também a segurança ou expertise que demanda o registro de uma *notitia criminis*.

Um dado que também corrobora com os indícios de aumento da violência contra as mulheres na pandemia é o aumento, entre o primeiro semestre

de 2019 e de 2020⁶, de 3,8% nos registros das ligações para o número 190 da Polícia Militar, serviço responsável por receber pedidos de atenção em emergências.

A definição do perfil das mulheres assassinadas com base no gênero mostra que as mulheres negras representavam a maior proporção daquelas atingidas pelos crimes de feminicídios com 61% dos casos, mostrando que a violência de gênero tem um importante recorte racial, como também de escolaridade, considerando que 70,8% possuíam ensino fundamental. Esse perfil condiz com a realidade das populações periféricas, com menor acesso à educação, às oportunidades de emprego e renda, portanto, em que pese haver VCM em todas as classes sociais, é na classe trabalhadora mais empobrecida e entre as mulheres negras que seu efeito é mais contundente e perverso.

Tabela 3 – Vítimas de Feminicídio por raça/cor, escolaridade, local da morte e vínculo com o autor. Brasil. 2017 e 2018

Raça/cor	%	Escolaridade	%
Negra	61	Fundamental	70,8
Branca	38,5	Médio	21,9
Indígena	0,3	Superior	7,3
Amarela	0,2		
Total	100	Total	100

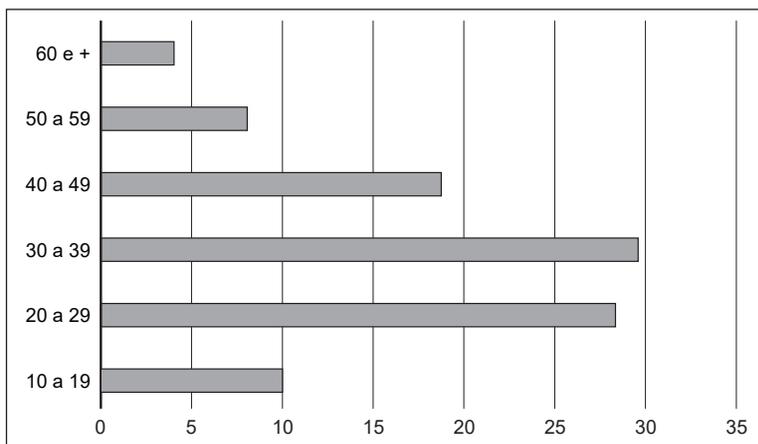
Local da morte	%	Vínculo c/autor	%
Residência	65,6	Companheiro/ex	88,8
Via Pública	22,2	Conhecido	0,5
Outros	12,2	Parente	1,3
		Outro vínculo	9,4
Total	100	Total	100

Fonte: Anuário de Segurança Pública 2019. Fórum Brasileiro de Segurança Pública Microdados dos registros Policiais das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social.

Em relação ao momento de vida das mulheres, os feminicídios ocorrem em todos os ciclos de vida, mas concentram-se de maneira mais expressiva entre as mulheres em idade adulta entre 20 e 39 anos (gráfico 1), no auge da fase reprodutiva. Esse dado sugere que o impacto de um assassinato se alastra na família, comumente sobre filhas e filhos menores, que ficam órfãos de mães e têm que conviver com a triste e paradoxal realidade de ter na mesma figura de pai e provedor, a imagem do assassino de sua própria mãe. As repercussões na saúde mental destas crianças e adolescentes é um problema de alta

relevância que ainda não encontra amparo suficiente nas políticas públicas às crianças e adolescentes, a quem se estendem os danos dessas violências.

Gráfico 1 – Faixa etária das Vítimas de Femicídio. Brasil 2017/2018



Fonte: Anuário de Segurança Pública 2019. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Microdados dos registros Policiais e das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Gráfico elaborado pelas autoras.

5. Violência Sexual, Violência Física e Violência Psicológica

O estupro representa o domínio sobre o outro. Ele foi e continua sendo, ao longo da história humana, largamente utilizado para marcar a dominação e colonizar o corpo-território alheio – a exemplo das guerras e das relações de servidão e escravidão – como demonstração última de domínio e subjugação.

No cotidiano da vida das mulheres e das meninas, principalmente, mas também, dos meninos, o estupro representa um risco à dignidade e à saúde, na medida em que, além de ser violência extrema, pode também se constituir como forma de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST) – dentre elas a mais preocupante é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Para as meninas e mulheres em idade fértil, o grave risco que se adiciona é a possibilidade de gravidez, comprometendo a vida das vítimas e dos bebês que vierem a nascer como resultado de um estupro. Portanto, suas consequências extrapolam o trauma da violência em si. As repercussões psicológicas e emocionais podem afetar de forma contundente a saúde das mulheres em geral, mas mais especificamente sua saúde reprodutiva.

Na mesma lógica de gradual incorporação de institutos visando à reparação histórica de discriminações, a legislação referente às violências sexuais também passou por modificações que levam em conta os fatores de gênero na ocorrência e repercussão desses crimes. Após vários anos de interpretação dos crimes

sexuais sob a categoria de “crimes contra a honra”, por exemplo, recentemente dissociou-se a ideia de que a violação aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres ofendesse uma suposta “honra” e o crime foi incluído sob o título de “crimes contra a dignidade sexual”. Ademais, até 2009, a interpretação da ocorrência do crime de estupro restringia-se ao crime de violência sexual praticado contra as mulheres cisgêneros. O texto do Código Penal pressupunha que o estupro seria consumado com a conjunção carnal, ou seja, deixava de fora do tipo penal os crimes de violência sexual que diferissem da penetração pênis-vagina. A partir deste ano, com a promulgação da Lei 12.015/2009, o estupro passa a abarcar também as violências sexuais antes classificadas sob a categoria de “atos libidinosos”, ampliando, portanto, o espectro dos atos que caracterizam o estupro e, conseqüentemente, suas vítimas em potencial. Igualmente, definiu-se como estupro de vulnerável qualquer relação sexual independente de consentimento, com menores de 14 anos de idade e com pessoas de qualquer idade que não apresentem condições de impor resistência ou consciência do ato.

O registro de estupros pelos órgãos policiais mostra uma crescente até 2018, como aponta a tabela 4, apresentando um ligeiro decréscimo no ano de 2019. Até 2017, os Anuários de Segurança Pública não diferenciavam as vítimas de estupro por sexo, o que dificulta sobremaneira a análise do dado de uma perspectiva de gênero. No entanto, sabe-se que este tipo de crime incide majoritariamente sobre as mulheres e meninas.

Em 2017 os estupros praticados contra as mulheres representaram 80,1% do total de estupros registrados, subindo esta proporção em 2018/2019 e, no primeiro semestre de 2020, chegou a 87,1%. A comparação dos dados semestrais nestes dois últimos anos, mostra uma redução significativa dos registros de estupros tanto no total, quanto entre as mulheres.

Tabela 4 – Ocorrências de Estupro e Estupro de Mulheres. Brasil. 2016 a 2020

Estupros Total³	2016	2017	2018	2019	2019¹	2020¹
Abs.	55.070	63.157	67.211	66.348	33.561	25.922
taxa	24,0	30,4	32,2	31,6		
Cresc. %	13,8	12,8	6	-1,3		-29,5
Estupros mulheres ³		50.598	56.474	56.263	29.024	22.573
taxa		50,7	54,1	52,9		
Cresc.% ²			10,4	-0,4		-28,6
% sobre o total		80,1	84,4	85,1	86,5	87,1

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017. 2018. 2019. 2020 (1)refere-se ao primeiro semestre (2)cálculo feito pela autora (3)Incluído estupro de vulnerável.

As variações anuais no total de registros precisam ser avaliadas com muita cautela dada as dificuldades em aferir a consistência dos dados. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020 (fonte dos dados da tabela 4), em cinco Estados não foi possível obter as informações sobre estupro, apenas para citar um dos problemas mais graves que inviabiliza uma análise de dados com segurança. Além dos problemas de inconsistência nos registros, há que considerar que a violência sexual e a violência doméstica apresentam um grau elevado de subnotificação, conforme anteriormente apontado.

Tomando-se os dados registrados pela área da Saúde Pública no Sistema Nacional de Agravos de Notificação Obrigatória (SINAN), observamos um crescimento no total das violências interpessoais e autoprovocadas ao longo de 2015 a 2019. Considerando-se apenas os três tipos de violência de maior magnitude ou com maior impacto na vida e saúde das mulheres (violência física, sexual e psicológica), verificamos a elevada concentração da violência às mulheres, na comparação entre os sexos, destacando-se os estupros com o maior crescimento percentual entre os crimes perpetrados contra mulheres neste período (conforme tabela 05), diferindo dos registros policiais em relação ao ano de 2019.

Tabela 5 – Violência Física, Estupro e Violência Psicológica por sexo. Brasil. 2015, 2017 e 2019

Tipos	Violência Física			Estupro		
	2015	2017	2019	2015	2017	2019
Masc	45.591	51.858	64.895	2.280	2.852	3.821
Cresc%		12,1	20,1		20,1	25,3
Fem	105.446	141.141	163.488	18.112	24.182	30.614
Cresc%		25,3	13,7		25,1	21,0
Ig	7	61	65		4	
Total	151.044	193.060	228.398	20.392	27.038	34.435
Cresc%		20,2	15,5		24,6	21,5
% Mas	30,0	26,8	28,4	11,2	10,5	11,1
%Fem	70,0	73,0	71,6	88,8	89,4	88,9
%Ig	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

continua...

continuação

Tipos	Violência Psicológica		
	2015	2017	2019
Sexo			
Masc	10.849	12.715	13.492
Cresc%		14,7	5,8
Fem	52.217	63.244	69.113
Cresc%		17,4	8,5
Ig	4	27	2
Total	20.392	27.038	34.435
Cresc%		24,6	21,5
% Mas	17,2	16,7	16,3
%Fem	82,8	83,2	83,7
%Ig	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Os dados apresentados na tabela 6, retirados do SINAN, apresentam a comparação das informações sobre o perfil etário das mulheres que sofrem violência, mostrando que, enquanto a violência física atingiu de forma predominante as mulheres de 20 a 39 anos, representando 52% destas agressões; as manifestações de violência psicológica atingem principalmente as mulheres de 30 a 49 anos e; o estupro, às mulheres mais jovens na faixa de 15 a 19 anos, seguida pelas crianças e adolescentes de 10 a 14 anos.

Tabela 6 – Violência Física, Estupro e Violência Psicológica por faixa etária no sexo feminino. Brasil. 2019

Faixa Etária	Violência Física		Estupro		Violência Psicológica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 1	1.039	0,6	38	0,1	130	0,2
1 a 4	2.184	1,3	296	0,9	349	0,5
5 a 9	2.735	1,7	3.876	11,2	1.048	1,5
10 a 14	10.007	6,1	5.327	15,5	2.587	3,7
15 a 19	23.345	14,3	10.274	29,8	5.193	7,6
20 a 29	46.771	28,6	5.026	14,7	7.473	10,9
30 a 39	38.034	23,3	4.767	13,8	17.200	25
40 a 49	22.451	13,7	2.560	7,4	16.213	23,6
50 a 59	9.786	6,0	1.370	4,0	9.809	14,3
60 +	6.768	4,0	557	1,6	4.685	6,8
Ig	318	0,1	344	1,0	4.066	5,9
Total	163.438	100,0	34.435	100,0	69.113	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net.

O estupro é seguramente a violência que atinge mais diretamente às crianças a partir dos 5 anos. Somando-se aos valores encontrados nas faixas etárias de 5 a 9 e de 10 a 14 anos, chega-se a 26,7% do total dos casos de estupro. Quando se agrega às faixas etárias até 19 anos, chega-se a um percentual de 56,5% dos casos de estupros contra crianças e adolescentes. Segundo análise do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2019, o estupro de vulnerável representou 70,5% do total de estupros, corroborando com os dados sobre a concentração dos casos em crianças e adolescentes, se incluídas na soma as pessoas de outras faixas etárias sem condições de consentir ou reagir à ação do agressor.

Quando comparamos estes dados com o quantitativo registrado pelos órgãos policiais para o mesmo ano, se constata que o problema é ainda mais grave. A saúde notificou apenas a metade das ocorrências de estupro, o que indica que cerca de 50% das vítimas de estupro de que se tem registro não passaram por atendimento em serviços de saúde. Aferimos dessa informação que metade das vítimas de estupro provavelmente deixaram de realizar os exames preventivos para ISTs (incluindo HIV), não tiveram a oportunidade de acessar os procedimentos de prevenção à gravidez indesejada, acompanhamento psicossocial ou aos serviços de abortamento legal. Levantamento recente realizado pela Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no Paraná apontou que nos últimos dez anos, uma média anual de 1.000 crianças e adolescentes com menos de 14 anos tiveram filhos nascidos vivos no Estado⁷. Trata-se, portanto, de estupro presumido de vulnerável, cuja consequência foi uma gravidez que colocou a saúde e a vida destas meninas e de seus bebês em risco, além de todas as repercussões em relação à escolaridade, trabalho e nas suas relações familiares, afetivas e comunitárias.

Em todos os três tipos de violência analisados, a residência foi, destacadamente, o local onde as mulheres e meninas sofreram a maior parte das agressões, comprovando dados já trazidos por inúmeros outros estudos. A tabela 7 desconstrói mitos reproduzidos diuturnamente sobre os supostos riscos a que as mulheres se expõem “voluntariamente” ao saírem sozinhas de suas casas ou ao frequentar locais públicos ou estabelecimentos como bares, bailes, entre outros. Os dados evidenciam que a casa, local de suposta segurança, não é um lugar seguro para as mulheres e, conforme dados da tabela 8, a violência parte, na maioria das vezes, dos companheiros com quem as mulheres convivem ou conviveram.

7 Disponível em: http://www.cedm.pr.gov.br/sites/cedm/arquivos_restritos/files/documento/2020-11/caracteristicas_de_maes_meninas_no_parana_2010-19_31.pdf.

Tabela 7 – Violência Física, Estupro e Violência Psicológica contra as mulheres, por local da ocorrência. Brasil. 2019

Local Ocorrência	Violência Física		Estupro		Violência Psicológica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residência	110.117	67,4	18.810	61,4	50.963	73,7
Via Pública	20.885	12,8	3.720	12,2	7.021	10,2
Ig/Br.	16.888	10,3	3.207	10,5	3.250	4,70
Bar/similar	3.710	2,3	418	1,4	1.051	1,5
Escola	2.464	1,5	518	1,7	949	1,4
Outros	9.374	5,7	3.941	12,8	5.879	8,5
Total	163.438	100,0	30.614	100,00	69.113	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net.

Nos casos de violência física e psicológica, os autores das agressões mantinham ou mantiveram relações conjugais ou de namoro com as vítimas. Considerando a soma de cônjuges, namorados atuais ou na condição de “ex”, chega-se a 40% do total das agressões físicas contra mulheres e a 51% para as agressões psicológicas. Considerando o conjunto de pessoas que convivem, via de regra, numa mesma casa, mais da metade dos agressores são pessoas do convívio familiar e afetivo das mulheres, chegando a 69%, nos casos de violência psicológica. Agressores desconhecidos tem uma participação significativa apenas nos casos de estupros, representando 22,9% dos estupradores e 23,6% pessoas amigas ou conhecidas das vítimas. Porém, na maioria dos casos, os agressores (53,5%) são pessoas de seu convívio familiar: pais e padrastos representam 16,8% e cônjuges e namorados, incluindo os “ex” compõem 14,2%.

Tabela 8 – Violência Física, Estupro, Violência Psicológica contra as Mulheres, de acordo com o vínculo com o agressor. Brasil. 2019

Tipo de vínculo	Violência Física		Estupro		Violência Psicol.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pai	4.751	2,9	2.518	8,2	2.162	3,2
Mãe	4.494	2,7	467	1,5	2.802	4,1
Padrasto	2.183	1,3	2.644	8,6	1.960	2,9
Madrasta	393	0,2	41	0,1	210	0
Cônjuge	39.704	24,3	1.627	5,3	20.382	29,5
Ex-cônjuge	14.059	8,6	717	2,3	9.465	13,7
Namorado(a)	6.845	4,2	2.183	7,1	2.961	4,3
Ex-namorado	4.132	2,5	559	1,8	2.568	3,8
Filho	4.596	2,8	58	0,2	3.142	4,5
Irmão	5.131	3,2	696	2,3	2.202	3,2
Amigo/conhec.	16.155	10,0	7.186	23,6	7.086	10,3

continua...

continuação

Tipo de vínculo	Violência Física		Estupro		Violência Psicol.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desconhecido	13.260	8,1	6.983	22,9	4.389	6,3
Outros	47.735	29,2	4.935	16,1	9.784	14,2
Total	163.438	100,0	30.614	100,0	69.113	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net.

Estas duas tabelas juntas oferecem um panorama muito esclarecedor do contexto a que as mulheres estão expostas e das situações em que os riscos para a violência são maiores e, consequentemente, indicam para onde a atenção deve estar voltada quando se propõem políticas públicas que visem à prevenção a violências e à proteção de meninas e mulheres em situação de vulnerabilidade.

Os dados apresentados apontam para a perversidade das recentes proposições legislativas e políticas de setores conservadores da sociedade que, em descompasso aos dados apresentados, propõe a manutenção de estruturas familiares e sociais que reproduzem um modelo violento e autoritário contra as mulheres (e crianças). Dentre as iniciativas visando um retrocesso nos direitos conquistados, menciona-se a tentativa de impedir a educação sexual e reprodutiva nas escolas, a insurgência contra as diferentes expressões e identidades de gênero, a dificuldade na oferta de anticoncepcionais e impedimento à divulgação e ao funcionamento regular dos serviços que atendem as pessoas vítimas de violência sexual e aborto legal. A investida contra as discussões de gênero representa, em realidade uma proposta política pela manutenção das estruturas excludentes que o sistema (re)produz. A formação nos temas de sexualidade, gênero e violências – temas essas que os setores conservadores pretendem ver excluídos dos currículos escolares – representa um caminho para o reconhecimento da possibilidade de uma vida sem violência e da vivência/construção de um sistema que não precise oprimir grupos de pessoas para que outras possam manter seus privilégios.

Importante enfatizar a limitação do presente estudo, ao passo que vários outros recortes contribuiriam para que os dados refletissem de forma mais completa as características da violência contra as mulheres. Sabe-se que, via de regra e conforme anteriormente abordado, a assunção de nomenclaturas e conceitos uniformes muitas vezes deixa de fora as especificidades experienciadas pelas mulheres, no plural, representando a unidade a partir do gênero e a diferença que recai entre nós. A categoria de gênero é perpassada por diversas outras como raça, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, classe, que representam opressões sobrepostas e afetam de maneira mais agravada a algumas mulheres. Reconhecendo essas limitações, entendemos que o critério racial é categoria necessária à análise em uma sociedade composta e informada fortemente pela construção de hierarquia entre as raças.

A construção social do racismo como produto colonizatório representa um projeto que não se encerra com a formalização da independência do Brasil ou com a abolição da escravatura, mas continua informando os corpos mais suscetíveis às violências. Nesse sentido, dados demonstram que as mulheres brancas representam 48,7% da população feminina no Brasil, de acordo com o último censo demográfico e, não obstante, representam 38,9% das mulheres que sofreram violências físicas, 34,9% entre aquelas que foram estupradas e 38,9% na participação dos casos de violência psicológica (conforme aponta a tabela 9). As mulheres de origem asiática (amarelas) igualmente apresentam um risco menor para a violência segundo os dados, pois compõem 1,2% da população feminina e 0,7% dos casos notificados de violência. O inverso se verifica entre as mulheres indígenas, representadas por aproximadamente 1% entre as mulheres em situação de violência, mas compõe apenas 0,4% da população. Entre as mulheres afrodescendentes, somadas, as mulheres pretas e pardas, por sua vez, compõem cerca de 50% da população, mas foram responsáveis por 51,4% das violências físicas notificadas, 57,3% dos registros de estupros e 54,4% das mulheres que sofreram violência psicológica.

Observa-se, assim, que a violência contra as mulheres atinge a todas as mulheres, porém de maneira diferenciada e mais gravosa àquelas que menos se assemelham à imagem dos/as colonizadores. A soma de opressão do machismo e racismo coloca as mulheres negras e indígenas em situação de maior vulnerabilidade e suscetibilidade às violências. Em sendo assim, segue sendo um desafio garantir que as políticas públicas levem em conta a sobreposição de opressões para garantir um enfrentamento às violências que reconheça as desigualdades na categoria “mulher” e busque medidas eficientes para enfrentá-las, no intuito de tornar o mundo um espaço menos inseguro às mulheres, oferecendo maior amparo àquelas que estão mais expostas às discriminações sobrepostas.

**Tabela 9 – Violência Física, Estupro e Violência Psicológica
 contra as Mulheres, por raça/cor. Brasil. 2019**

Raça/cor	Violência Física		Estupro		Violência Psicol.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ignorado	13.051	8,0	1.768	5,8	3.486	5,0
Branca	63.573	38,9	10.683	34,9	26.887	38,9
Preta	14.627	8,9	3.028	9,9	7.170	10,4
Amarela	1.188	0,7	226	0,7	491	0,7
Parda	69.408	42,5	14.509	47,4	30.424	44,0
Indígena	1.591	1,0	400	1,3	655	1,0
Total	163.438	100,0	30.614	100,0	69.113	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net.

6. Considerações finais

Ao analisar a magnitude dos dados de violência contra as mulheres e colocá-los em perspectiva na atual conjuntura político-social, observa-se que há, ainda, muito a se avançar para enfrentar a desigualdade de gênero e combater a violência contra as mulheres. Ainda que julguemos importante reforçar os importantes marcos consistentes em verdadeiras discriminações positivas em relação a um histórico de violações, sabemos que a manutenção dessas conquistas e os avanços necessários estão sob ameaça. Medidas como combater o racismo, desenvolver políticas públicas afirmativas, compensatórias, inclusivas, de proteção e de promoção de mulheres negras, pardas e indígenas, são propostas de atuação necessárias ao elenco de lutas e de mobilizações para os movimentos de mulheres e feministas. O racismo, as desigualdades de gênero, a violência contra mulheres, a misoginia, o machismo são componentes que estruturam nossa sociedade, mas, por serem uma construção social, são passíveis de reconstrução e é, nesse sentido, que apontamos nossa contribuição. Não lograremos o êxito desejado no combate à violência contra as mulheres e meninas se não for enfrentada no seu âmago, em sua estrutura, inserida como parte intrínseca de uma sociedade de classes, que não se esgota na luta anticapitalista, pois que está entronizada na profundidade da formação histórica da infeliz herança colonial-escravagista e patriarcal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 1º jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009**. Disponível em: www.planalto.gov.br.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, DF, 10 mar. 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Diretrizes nacionais feminicídio**: investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/810>ta um dos crimes que retrata de maneira expressiva a lógica de dominação de um gênero.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2019. Disponível em: www.forumseguranca.org.br.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2020. Disponível em: www.forumseguranca.org.br.

IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. v. 79.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Violência contra a mulher**. Cíntia Liara Angel. Disponível em: www.ipea.gov.br.

IPEA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência 2019**. Brasília, 2019.

NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial dos Direitos Humanos de Viena**. 1993. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declaração%20>

e%20Programa%20de%20Acção%20adoptado%20pela%20Conferência%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf. Acesso em: 7 jun. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher**. 1979. Disponível em: www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/legislacao/internacionais/imprimir – 25k. Acesso em: 7 jun. 2021.

OEA. **Convenção Belém do Pará**. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

ONU Mulheres. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS – RFS/Regional Paraná. **Estupro presumido no Paraná**: caracterização das meninas mães em um período de 10 anos (2010 a 2019). Dados SINASC, 2020. Disponível em: http://www.cedm.pr.gov.br/sites/cedm/arquivos_restritos/files/documento/2020-11/caracteristicas_de_maes_meninas_no_parana_2010-19_31.pdf.

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: comove, mas não mobiliza

*Alaerte Leandro Martins*⁸

*Clair Castilhos Coelho*⁹

*Vânia Muniz Nequer Soares*¹⁰

1. Apresentação

O primeiro Dossiê Mortalidade Materna da Rede Feminista de Saúde foi elaborado no ano de 2000, com a autoria da Dra. Ana Cristina Tanaka, da Faculdade de Saúde Pública da USP, demonstrando a prioridade desta temática para as feministas e a Rede, e apresentou uma análise descritiva da mortalidade materna e suas recorrentes iniquidades. O propósito do presente estudo é atualizar estas análises avaliando se houve avanços nesses 21 anos, quando a Rede completa 30 anos de atuação ininterrupta sempre se manifestando e cobrando ações do governo em prol da saúde da mulher e da saúde materna.

Tanaka (2000) concluiu à época que, infelizmente, a meta de redução da mortalidade materna em 50% até 2000 não foi alcançada. Assim, todos os planos de ação preconizados ou mesmo assinados nas assembleias da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), na Conferência do Cairo (1994) e na Conferência de Beijing (1995) não foram cumpridos, sendo que os direitos das mulheres à vida, ao planejamento reprodutivo e a uma melhor qualidade de assistência ainda não foram alcançados em nosso país, apesar de continuarem como metas governamentais.

Em 2016 em publicação especial sobre Posições Políticas da Rede Feminista de Saúde, Clair Castilhos volta a ressaltar que o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado, mas são ignorados porque Mortalidade Materna “Comove, Mas Não Mobiliza”. As constatações do presente estudo, nos levou a repetir no título esta mesma máxima.

8 E-mail: alaerteleandro@gmail.com. Lapa/Paraná. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

9 E-mail: clair.castilhos@gmail.com. Florianópolis/Santa Catarina. Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Graduada em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

10 E-mail: vanianequers@gmail.com. Curitiba/Paraná. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

2. Introdução

A invisibilidade das ocorrências de mortes maternas lembra uma herança cultural e religiosa repleta de preconceitos que aparentemente indicam que a morte materna é um destino esperado para as mulheres, como uma forma de “redenção do pecado original”. Talvez essa seja uma causa inconsciente da frágil atuação dos serviços de saúde na superação desse drama.

As injustiças sociais, reprodutivas e o racismo vigentes em nosso país perpetuam um ciclo violento de disparidades na saúde materna, pois continuamos a documentar variações substanciais nos resultados maternos entre regiões, grupos raciais/étnicos e sociais, longe do que vem se chamando de justiça reprodutiva. Falta empenho dos governos em aprofundar a compreensão e o enfrentamento dessas desigualdades para mitigar os seus efeitos nos resultados da saúde materna e neonatal.

A mortalidade materna evitável constitui-se severa violação dos direitos humanos, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres, essas violações sobrevivem da exploração de classe própria do capitalismo que, aliada ao pensamento patriarcal e colonialista, alimenta-se dos preconceitos de raça e gênero e realiza-se na opressão estrutural e cultural, concretizando-se no silêncio, na submissão e na dominação das mulheres e, mais gravemente, naquelas afetadas pelo machismo, racismo, sexismo, lesbofobia, bifobia e transfobia.

Agravando este ciclo de violações, a pandemia de COVID-19 iniciada em março 2020 no Brasil, e ainda em curso neste mês de maio de 2021, elevou enormemente a Mortalidade Materna, por total descaso e negacionismo do atual governo federal, que mesmo após alertado por entidades e sociedade civil sobre a gravidade da situação se omitiu na efetivação de medidas para a contenção destas mortes e da pandemia.

E com isto, os modestos avanços conquistados na redução da mortalidade materna desde a década de 1990, quando passou a ter maior visibilidade com a chamada agenda social da Organização das Nações Unidas (ONU), depois com as metas pactuadas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2000, repactuadas em 2016 com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estão agora sendo desafiados (os avanços) e podem nos distanciar do alcance das metas para 2030, mais uma vez.

Para debater a situação da Mortalidade Materna no Brasil, iniciamos com uma síntese sobre os grandes marcos históricos e teóricos que deram visibilidade a mortalidade materna e sobre as políticas governamentais para seu enfrentamento no Brasil; apresentamos a seguir a evolução da mortalidade materna desde os anos 2000 até 2019 apresentando dados por quinquênios, e destacamos os impactos da pandemia de COVID-19 na mortalidade

materna; ainda apresentamos uma reflexão sobre a importância da vigilância e dos comitês de prevenção da mortalidade materna e por fim destacamos os problemas que persistem e influenciam na determinação das mortes maternas no país, chamando os movimentos da sociedade civil, para denunciarem tais problemas e cobrarem soluções governamentais mais amplas e eficazes para a aceleração da redução da mortalidade materna em todas as regiões brasileiras.

3. Marcos históricos e teóricos da mortalidade materna e das políticas públicas para redução da mortalidade materna no Brasil

Reconhecendo a magnitude deste problema, no IV Encontro Internacional Mulher e Saúde (1984) em Amsterdam, Holanda, foi definido o 28 de maio como Dia Internacional de Luta/Ações pela Saúde da Mulher. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu através da Portaria 663/1994, o 28 de maio como Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, para demonstrar o reconhecimento da necessidade de realizar ações amplas para reduzi-la. Tanaka (2000), já relatava:

Em 1987, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura realizada em Nairobi, no Quênia, colocou pela primeira vez em nível internacional a discussão sobre o problema da morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Em 1990, a OPAS e os países membros, inclusive o Brasil, foram signatários da Declaração e Plano de Ação para a redução em 50% de suas taxas de mortalidade materna até o ano 2000. Essa meta foi retomada em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, e em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (Beijing) (TANAKA, 2000).

Para o movimento feminista, a partir da Conferência do Cairo (1994) onde foi incluída a questão dos Direitos Reprodutivos na agenda de discussões a tensão entre os setores mais conservadores da sociedade mundial foram intensificadas. Entre o foco destas tensões está uma das preocupações mais importantes do feminismo: o questionamento da ordem sexual dominante. A partir desta é que foi construído um ideal feminino segundo o qual é avaliado, julgado e disciplinado o comportamento e o corpo das mulheres e seu uso em todas as nuances de sua vida.

A saúde é, talvez, o mais importante foco desses controles opressivos, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade. A saúde da mulher, além dos aspectos mais gerais dos fenômenos que ocorrem no ciclo vital de todas as pessoas, inclui de forma predominante os assuntos da reprodução e suas diferentes fases.

No ano de 2000 foram estabelecidos pela ONU e seus estados membros, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) tendo como uma das metas a redução em 75% das taxas de mortalidade materna até 2015 a partir das taxas de 1990. Os países passaram a estabelecer objetivos de desenvolvimento, que incluem metas relativas à igualdade de gênero, saúde sexual e reprodutiva e saúde materna, apoiadas em marcos referenciais teóricos e conceituais das Conferências.

A maioria dos países não atingiu esta meta, incluindo o Brasil, estabeleceu-se então os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2016, que rege entre outros que a taxa de mortalidade deve chegar a 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos entre 2016 e 2030 no mundo; e o Brasil estabeleceu que deve atingir a taxa de 30 mortes maternas por 100 mil, meta não atingida em 2015.

Várias tentativas de redução foram desenvolvidas no país, dentre elas o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicado pela primeira vez em 1984. Um marco histórico, pois é o primeiro programa de saúde no Brasil a registrar a integralidade como rumo a ser buscado para uma prática de saúde de respeito à dignidade humana. A assistência à saúde da mulher ultrapassa o ciclo gravídico-puerperal e abrange todo o ciclo vital.

Historicamente, as políticas de saúde da mulher sempre foram vinculadas à maternidade e à infância, expressas nos Programas Materno-Infantil. Estas ações programáticas, e também pragmáticas, visavam reduzir as principais causas de adoecimento e morte das mulheres, mas somente nos seus aspectos vinculados à gravidez, ao parto e ao puerpério. Uma vez nascida a criança já se iniciavam as ações voltadas para o aleitamento materno.

Nessa situação, a mulher nunca era considerada como autora e atriz de sua própria história. Nunca se colocava e era considerada como alvo central das políticas. O objetivo final se destinava aos bons resultados obtidos no crescimento, desenvolvimento e nascimento do feto. Que nascesse uma criança saudável e perfeita era a finalidade desejada. “A mãe, em geral, embora nem sempre de forma explícita, era vista como causa secundária” (COELHO, 2007). O PAISM nunca foi devidamente financiado e implementado no país.

Revisitado o PAISM e incluindo um grande avanço conceitual e inegável disposição política na Atenção à Saúde da Mulher, é lançada em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com a incorporação da perspectiva de gênero, raça/etnia e da inserção das mulheres do meio urbano e rural, entre outros. Paralelamente é lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com a previsão de reduzir 15% nos índices de mortalidade materna e neonatal até 2006 e 75% até 2015.

Também crucial e suscitou alguns avanços a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005), que viabiliza o disposto na Lei de

Planejamento Familiar, complementada pela elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento (2004) e a revisão da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Meninas (1998), com a novidade de não ser obrigatória a exigência do Boletim de Ocorrência (BO) para a realização de aborto em caso de gravidez resultante de estupro, prevista na Norma editada em 1998.

Não foi o suficiente. Em 2011, de forma um tanto reducionista, é lançada o projeto “Rede Cegonha” como estratégia para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, com quatro componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação), sendo a referência e regulação de leitos o que mais avançou. Basicamente regride e retorna à Saúde Materno-Infantil.

Retomando o cenário mundial, vários países também não atingiram a meta, o que levou a ONU a lançar um novo Plano de Ação, com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas que integram a Agenda 2030, onde destaca-se na ODS 3 assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. A meta 3.1 (até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos), que “retrocedeu em 2019, no comparativo com o ano anterior, com 98,32% dos nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado, contra 98,79% no ano anterior..”, segundo IV Relatório Luz da Sociedade Civil sobre a Agenda 2030 no Brasil (2020).

Em 2019 a Conferência do Cairo completou 25 anos. Vários eventos foram realizados pelo mundo com o objetivo de avaliar os avanços alcançados e culminaram na Cúpula de Nairobi – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD 25): Acelerando a Promessa, realizada em novembro de 2019, que evidenciou desafios e a necessidade de ações para avançar na agenda da CIPD.

Agora em setembro de 2021 a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, Durban (2001), completa 20 anos. Destaque-se que a publicação Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras, pelo Ministério da Saúde em 2005, é o único documento específico sobre mulheres negras, e não podemos deixar de registrar que a mortalidade materna entre estas chega a ser 3-4 vezes maior que para as brancas.

Em curso, necessário citar ainda o Fórum Geração Igualdade, ocorrido no México, de 29 a 31 de março deste ano a finalizar-se em Paris, entre 30 de junho a 2 de julho de 2021, visando a promoção da igualdade de gênero durante

a década de Ação 20-30, constantes na Plataforma de Ação de (Pequim) Beijing e ODS, com um conjunto de coalizões de ação para debater: Violência de gênero, Saúde e direitos sexuais e reprodutivos – autonomia corporal, Justiça e direitos econômicos, Justiça climática, Movimentos feministas e liderança, Inovação tecnológica para *advocacy* pela igualdade de gênero. Momento mais que oportuno para discutir a temática.

4. Mortalidade Materna no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) com o fim do prazo para atingir os ODM estima que em 2015 ainda mais de 300.000 mulheres morreram devido a causas relacionadas a complicações da gravidez parto e puerpério no mundo, isso representa a morte de 830 mulheres todos os dias, determinando uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) mundial de 216 por 100 mil nascidos vivos, com enorme discrepância entre países ricos (12 por 100 mil nascidos vivos) e países mais pobres (239 por 100 mil nascidos vivos). A redução mundial foi de apenas 44% e não os 75% estipulados pelos ODM (tabela 1) (WHO, 2015).

No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) estimada em 104 por 100 mil nascidos vivos em 1990, ficou em 57,6 por 100 mil nascidos vivos em 2015, e não nos 35 por 100 mil que deveria atingir, revelando uma lenta redução de 3% ao ano, quando deveria ter sido 5% ao ano. A nova meta a ser buscada pelo Brasil será 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030.

Tabela 1 – Mortalidade Materna no Mundo e Brasil, Número de Óbitos Maternos, Razão de Mortalidade Materna e Taxa de Redução (1990-2015)

REGIÃO	Nº OM	Nº OM	RMM	RMM	REDUÇÃO
	1990	2015	1990	2015	%
Mundo	523.000	303.700	380	216	-44
Países alta renda	3900	1700	23	12	-48
Países baixa/média renda	519.000	302.000	430	239	-44
Brasil *	3003	1738	104	57,6	-55

Fonte: WHO 2015. * SIM DATASUS/MS BRASIL.

Mas, ao analisar dados quinquenais mais significativos e robustos, estatisticamente, é estarrecedor verificar que a cada cinco anos ocorrem cerca de 8.300 mortes maternas em nosso país, e que praticamente nada mudou em 20 anos (gráfico 1). Figurativamente, este total representaria a queda de 22 Boeings com 370 lugares ocupados por gestantes a cada cinco anos.

Com a pandemia de COVID-19, o número do próximo quinquênio será ainda mais trágico.

A RMM pouco se alterou entre os quinquênios ficando próximo a 57 por 100 mil NV, demonstrando baixa efetividade das ações e políticas públicas para seu enfrentamento no Brasil. A região Sul e a Nordeste apresentaram pequena redução dos óbitos, no entanto as regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste tiveram aumento entre os quinquênios (tabela 2). No último quinquênio, a maioria dos estados da região Norte ainda apresentaram taxas acima de 70 por 100 mil. Dois estados da região nordeste apresentam taxas acima de 80 por 100 mil (Maranhão e Piauí). Taxas abaixo de 50 por 100 mil foram identificadas apenas nos três estados da região Sul, no Distrito Federal e no estado de Alagoas no Nordeste. Demonstrando as discrepâncias entre estados e regiões.

Tabela 2 – Número de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna (RMM) em quatro quinquênios, por Estados, Regiões e Brasil 2000-2019

Região/UF	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS				RMM			
	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019	2000-2004	2005-2009	2010-2019	2015-2019
Região Norte	831	967	1066	1140	55,0	61,3	68,2	72,4
Rondônia	46	69	88	71	31,4	53,5	65,3	51,8
Acre	28	34	39	44	35,7	40,0	45,8	53,7
Amazonas	240	251	300	288	68,4	67,2	77,3	73,7
Roraima	21	45	22	44	43,5	92,5	42,1	70,4
Pará	383	436	494	556	55,9	58,9	70,2	79,4
Amapá	31	38	37	56	43,2	52,2	48,1	71,9
Tocantins	82	94	86	81	62,5	73,4	69,9	65,4
Região Nordeste	2812	2992	2942	2659	60,6	67,3	70,4	64,8
Maranhão	469	575	516	501	80,6	90,2	87,6	87,7
Piauí	216	246	217	197	76,2	91,4	89,7	81,3
Ceará	501	444	444	388	70,3	65,9	69,6	59,9
Rio Grande do Norte	104	101	138	152	39,0	40,8	58,1	65,3
Paraíba	113	115	158	191	36,1	37,6	54,7	65,7
Pernambuco	389	439	410	397	49,6	60,3	58,3	58,1
Alagoas	129	131	169	126	40,3	45,3	63,7	49,8
Sergipe	133	106	122	85	69,9	58,3	71,1	50,6
Bahia	758	835	768	622	63,9	75,2	73,5	61,4

continua...

continuação

Região/UF	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS				RMM			
	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019	2000-2004	2005-2009	2010-2019	2015-2019
Região Sudeste	2747	2770	2852	3094	45,1	48,7	49,6	54,0
Minas Gerais	567	484	556	612	39,2	36,8	42,7	47,0
Espírito Santo	119	154	176	151	42,9	59,6	65,6	54,3
Rio de Janeiro	859	830	870	778	71,8	76,1	77,9	70,2
São Paulo	1202	1302	1250	1553	37,9	43,1	40,8	51,1
Região Sul	1129	1026	828	759	54,8	54,8	43,3	38,4
Paraná	505	484	359	334	60,9	63,5	46,3	42,6
Santa Catarina	191	149	128	162	43,7	35,5	28,8	33,2
Rio Grande do Sul	433	393	341	263	54,5	56,9	49,1	37,3
Região Centro-Oeste	615	631	649	708	53,8	56,8	56,1	58,3
Mato Grosso do Sul	149	154	136	131	74,0	76,6	64,5	59,7
Mato Grosso	139	186	173	191	56,9	75,1	66,3	67,0
Goiás	250	184	238	292	53,8	41,9	51,2	59,7
Distrito Federal	77	107	102	94	33,1	47,9	46,3	42,6
BRASIL	8134	8386	8337	8360	52,7	57,1	57,2	57,3

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Nos últimos anos com a implementação da vigilância do óbito materno no Brasil, o Ministério da Saúde refere que a proporção de casos de óbitos maternos não declarados adicionados após àquelas mortes maternas já declaradas contabilizou em média 30% a mais ao ano, representando incremento significativo no consolidado nacional. Entretanto, destaca que nem sempre altos percentuais de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados demonstraram garantias de identificação de óbitos maternos não declarados, refletindo em diferentes proporções de casos não declarados incrementados no total de mortes por Unidade da Federação (UF) a cada ano. Consideramos que isto se deve à falta de investigação ou análise qualificada de cada óbito de MIF e OM por comitês de mortalidade materna, considerados padrão ouro para estas análises e correção dos dados de mortalidade materna (BRASIL, 2018).

Evidenciada a subnotificação da mortalidade materna ainda presente no Brasil, o Ministério da Saúde utiliza um fator de correção apontando taxas mais reais, próximas a 60 mortes por 100 mil nascidos vivos entre 2015 e 2019, taxa seis vezes superior à taxa dos países ricos e três vezes superior à preconizada como aceitável para países da América Latina, pela OPAS e OMS, de 20 mortes materna por 100 mil nascidos vivos. Em 2015, alguns países tiveram taxas inferiores às do Brasil na América do Sul e América

Central, como o Uruguai (15/100mil), Chile (22/100 mil), México (38/100 mil) Cuba (39/100 mil), conforme a OMS (WHO 2015).

Em 2019 a região Norte apresentou a mais elevada RMN corrigida pelo fator de correção, ficando acima de 85 por 100 mil NV, muito superior à média do Brasil seguidas da região Nordeste (66,6), Centro Oeste (61,7), Sudeste (55,2) e região Sul (41,1) (tabela 3).

Tabela 3 – Mortalidade Materna Nas Grandes Original e Corrigida, por Regiões Brasil (2015 -2019)

REGIÃO	Número de Óbitos Maternos					RMM (SIM)				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	214	223	240	230	233	66,7	72,5	76,8	72	74,3
Nordeste	580	538	538	525	478	68,5	67,6	65,8	62,7	59,4
Sudeste	631	605	670	606	582	52,7	53,7	58,2	52,8	52,8
Sul	166	157	143	146	147	40,8	40,1	36	36,9	38,1
Centro Oeste	147	147	127	151	136	59,4	62,6	52	61,4	56,4
BRASIL	1738	1670	1718	1658	1576	57,6	58,4	58,8	56,3	55,3

REGIÃO	RMM Corrigida[1]				
	2015	2016	2017	2018 (b)	2019 (b)
Norte	76	84,5	88,9	83,1	85,8
Nordeste	75,3	78	73,2	70,3	66,6
Sudeste	54,3	55,8	62,3	55,2	55,2
Sul	43,7	44,2	38,5	39,9	41,1
Centro Oeste	65,9	67,3	56,9	67,1	61,7
BRASIL	62,0	64,4	64,5	61,9	60,8

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS e SINASC/DATASUS[1] Nota sobre correção da RMM: (a) Para anos de 2015 a 2017 a RMM foi corrigida utilizando-se a Metodologia de Vigilância de Óbitos de Mulher em Idade Fértil/ descrita na publicação “Saúde no Brasil 2017”; (b) para anos 2018 e 2019 corrigido pelas autoras utilizando a média do fator de correção definidos pelo referido estudo para os anos de 2015 a 2017.

Observando o recorte raça/cor no quinquênio 2015-2019 no Brasil, como um dos principais indicadores de iniquidade em saúde materna, verifica-se que a proporção de óbitos de mulheres negras corresponde a mais que o dobro das mulheres brancas, em todos os anos com uma média de 64,1% para o período, reforçando as evidências da injustiça reprodutiva no Brasil (tabela 4). Chama a atenção também a morte de 133 indígenas em cinco anos no Brasil, população que vem perdendo espaço territorial e habitantes no país nos últimos anos de governo neoliberal extremista que ataca o meio ambiente e os povos originários.

Tabela 4 – Mortalidade Materna segundo raça/cor no Brasil (2015 – 2019)

Ano	Branca		Negra		Amarela	
	N	%	N	%	N	%
2015	559	32,2	1079	62,1	2	0,1
2016	523	31,3	1071	64,1	3	0,2
2017	561	32,7	1083	63,0	8	0,5
2018	505	30,5	1081	65,2	8	0,5
2019	468	30	1031	66,0	1	0,1
Total	2616	31,3	5345	64,1	22	0,3

Ano	Indígena		Ignorado		Todos	
	N	%	N	%	N	%
2015	36	2,1	62	3,6	1.738	100
2016	21	1,3	52	3,1	1.670	100
2017	25	1,5	41	2,4	1.718	100
2018	26	1,6	38	2,3	1.658	100
2019	25	1,6	36	2,3	1.561	100
Total	133	1,6	229	2,7	8.345	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS.

As causas dos óbitos maternos no último quinquênio (tabela 5), lamentavelmente mantém a mesma ordem de importância todos os anos, e demonstram falhas básicas tanto na assistência obstétrica, como na elaboração das políticas públicas para impactá-las. Assim 5.772 (68,2%) morreram devido a causas Obstétricas Diretas totalmente evitáveis, sendo 19,2% por hipertensão da gestação (incluindo a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia), 11,3% por hemorragias obstétricas ante-parto e pós-parto, seguidas do aborto com 7,4%, e a infecção puerperal 5,3% dos óbitos, no período.

Outras causas chamam atenção: quase 400 casos de embolia, que podem estar associadas a cesariana não indicada, ou a complicações anestésicas por exemplo; 267 casos de mortes maternas por anormalidades de contração uterina, o que é inesperado, sendo códigos de morbidade; 261 casos de complicações no puerpério não especificadas. Estes casos podem denotando falta de investigação e análise correta por comitês de especialistas. Chama a atenção também 180 casos de mortes maternas por infecção urinária que seriam totalmente evitáveis se estas mulheres fossem monitoradas e tratadas precoce e adequadamente (tabela 5).

Os 272 casos de óbitos maternos com o código O95 (Morte Materna de Causas Não Especificadas) demonstram a falta de informações no prontuário

para permitir chegar a uma causa de morte materna detalhada, problema que precisa também ser corrigido pelos municípios e estados (tabela 5).

As causas obstétricas indiretas representam 28,6% das mortes maternas, e incluem as doenças anteriores da mãe (doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e outros) que complicaram a gestação, parto e puerpério (código O99). Pelo SIM/DATASUS não foi possível o detalhamento das causas obstétricas indiretas, no entanto a literatura e dados de diversos comitês apontam que são as doenças do aparelho circulatório (as cardiopatias) as principais patologias neste grupo de causas. As doenças infecciosas complicando a gravidez (O98) apresentam um pequeno número anual de óbitos em torno de 40/ano. Com a pandemia de Covid-19, doença infecciosa viral não enfrentada pelo Governo Federal, este número deve ficar próximo 500 em 2020 e até maio de 2021 já chegou a 900 óbitos, o que será detalhado a seguir.

Além dos óbitos maternos até 42 dias do puerpério, estão registrados mais 874 óbitos maternos que ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto (9% do total geral de óbitos materno no Brasil, denominados Óbitos Maternos Tardios. São 874 óbitos obstétricos diretos e indiretos e evitáveis, que por ocorrer após 43 dias de puerpério, são ignorados pelos gestores, e mesmo pelas vigilâncias e comitês, logo não são adequadamente analisados para identificar medidas para sua redução.

Tabela 5 – Causas Básicas de Mortalidade Materna no Brasil (2015-2019)

	CAUSA BÁSICA							Total	%
	2015	2016	2017	2018	2019	2019	2019		
OBSTÉTRICA DIRETA	1197	1152	1202	1152	1069	5772	68,2		
Hipertensão Gestacional (O11 a O16)	331	322	334	315	317	1619 ¹	19,1		
Hemorragia pós-parto (O72)	127	98	115	122	101	563	6,7		
Hemorragia ante parto (O44, O45)	76	77	86	80	72	391	4,6		
Aborto (O00 a O08)	121	127	138	132	108	626	7,4		
Infecção Puerperal (O85, O86)	90	98	87	106	69	450	5,3		
Embolia orig. obstétrica (O88)	70	86	93	74	74	397	4,7		
Anormalidades da contração uterina (O62)	66	56	68	39	38	267	3,2		
Complic. puerpério não especificadas(O90)	50	57	51	49	54	261	3,1		
Infec. do trato geniturinário na gravidez (O23)	36	39	34	39	33	181	2,1		
Outras obstétricas diretas	230	192	196	196	203	1017	12,0		
OBSTÉTRICA INDIRETA	516	480	477	475	468	2416	28,6		
Doenc. materna anterior compl gest. (O99)	423	410	400	389	385	2007	23,7		
Hipertensão pre-exist compl gestação (O10)	28	19	27	27	26	127	1,5		
HIV compl a gestação (B20)	22	13	12	16	12	75	0,9		
Doença infecciosa paras. compl gest. (O98)	43	38	38	43	45	207	2,4		
MORTE MATERNA. NÃO ESPEC. (O95)	44	51	60	55	62	272	3,2		
BRASIL	1757	1683	1739	1682	1599	8460	100		
MM TARDIA (O96) 43 dias a 1 ano pós-parto	179	159	167	209	160	874	9,4		
BRASIL TOTAL COM MMT	1936	1842	1906	1891	1759	9334	100		

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS.
 NOTA: 787 óbitos por eclâmpsia e 597 por pré-eclâmpsia.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

O Ministério da Saúde na publicação Saúde Brasil 2019, concluía mesmo antes do início da pandemia que, embora avanços na redução da mortalidade materna no Brasil “sejam evidentes”, o país não alcançou a meta pactuada para os ODM em 2015, e que as análises estatísticas de séries temporais mostram que mesmo no desenho cujo desempenho é mais favorável, o Brasil não atingirá a meta de redução pactuada de 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030. E que, portanto, “é importante compreender quais fatores e circunstâncias estão relacionadas às mortes materna, a fim de programar melhorias não somente com base nas causas básicas de morte, mas também pelas circunstâncias de maior relevância para o acontecimento delas” (BRASIL 2019).

Nesta publicação, a partir das respostas das equipes locais das vigilâncias nos estados sobre as circunstâncias das principais causas de morte materna, o MS refere que estas estão relacionadas com problemas e situações que aparentemente têm solução, sobretudo aqueles envolvendo a melhoria na organização de serviços de saúde, a educação continuada das equipes de saúde sobre o tema, e até mesmo aqueles mais complexos como investimentos na organização da rede de atenção, a exemplo das centrais de regulação, especialmente pelo papel fundamental na vinculação da gestante dentro da rede.

Embora necessárias estas soluções, existe um consenso nos movimentos de mulheres, com base em evidências, que o Brasil precisa de soluções muito mais amplas que envolvem a premente mudança do modelo de atenção obstétrica no país como um todo, uma obstetrícia menos intervencionista, mais humanizada com incentivo ao parto normal qualificado e à maternidade segura para todas as mulheres, dentre outras estruturais como a eliminação das desigualdades, e mudança da formação médica.

5. Mortes Maternas pela Covid-19 no Brasil

Como visto, a rede de saúde brasileira já apresentava dificuldades para atender os problemas mais frequentes da gestação, tanto que o Brasil tem razão de morte materna próximos a 60 mortes por 100 mil nascidos vivos, longe dos 20 por 100 mil recomendável pela OPAS/OMS para a região da América do Sul. O que se viu na pandemia em 2020 foi a piora dos serviços de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo o fechamento de maternidades, ausência de pré-natal e oferta de contraceptivos. Um salve-se quem puder nos municípios e estados por total falta de coordenação nacional durante todo o processo da pandemia.

Assim dentre os 16,4 milhões de infectados pela Covid-19 e 459 mil mortes na população geral desde o início da pandemia em março de 2020 até 28 de maio de 2021, ocorreram 1.469 casos de mortes maternas, sendo 1.204

casos de Covid-19 confirmados e 265 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) não especificados, conforme dados levantados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), com base no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), sendo que o aumento de mortes neste grupo ficou muito acima do registrado na população em geral, Os dados do observatório mostram ainda que uma em cada cinco gestantes e puérperas mortas por Covid-19 não chegaram a ser admitidas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e, em um terço das mortes não foram intubadas.

O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) alertou ainda em 2020, que grávidas corriam mais risco de desenvolver formas graves da Covid-19 na comparação com o total da população de mulheres, e de precisar de internação em UTI, de precisar de intubação orotraqueal e até um risco maior de óbito, mas no Brasil não houve medidas amplas para prevenir e controlar o número de óbitos, o que levou a vários manifestos de entidades como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras que conclamam toda a sociedade, profissionais de saúde, órgãos de imprensa, partidos políticos, organizações não governamentais, conselhos profissionais, especialmente de Medicina e Enfermagem, sociedades de especialidades, Ministério Público, deputados, senadores, ministros do Supremo Tribunal Federal, prefeitos, governadores, secretários municipais e estaduais de saúde, a envidar todos os esforços para a implementação urgente e necessária das medidas do Chamado à Ação Para Redução da Mortalidade Materna por Covid-19 No Brasil:

1. Informação, oferta e acesso a métodos contraceptivos – infelizmente, muitos serviços de planejamento reprodutivo interromperam o atendimento.
2. Campanhas específicas envolvendo informação e esclarecimento sobre os riscos da COVID-19 na gravidez e no pós-parto, incluindo o isolamento (sair somente para consultas e exames pré-natais ou motivos imprescindíveis), usar máscaras N95 e álcool gel.
3. Reforço e aconselhamento das medidas de proteção individual nas consultas pré-natais.
4. Garantir afastamento das gestantes de sua função laboral presencial em todo o país – atualmente depende de o patrão aceitar o atestado médico.
5. Garantia de acesso ao pré-natal de qualidade, sem interrupção das consultas, sem “alta” do pré-natal.

6. Renda mínima aceitável, justa e adequada para as gestantes que não têm trabalho formal, permitindo que possam ficar em casa.
7. Distribuição gratuita de máscaras N95 para gestantes.
8. Ampla testagem na porta de entrada das maternidades com testes rápidos moleculares.
9. Testes para todas as gestantes e puérperas com sintomas ou contatos de pessoas com sintomas.
10. Garantia de internação em UTI em instituições que garantam acompanhamento obstétrico de qualidade (sete dias por semana, 24 horas por dia).
11. Inclusão imediata das gestantes no grupo prioritário de vacinas (TODAS as gestantes e não somente aquelas com comorbidades) e vacinação célere da população (REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS, 2020).

Pelos dados apresentados pode-se acrescentar aos 1.660 óbitos maternos/ano em média, mais 500 óbitos maternos por COVID/SRAG em 2020 e pelo menos 919 em 2021 até o momento. Uma chacina anunciada e negligenciada de mulheres grávidas, parturientes e puérperas. Neste sentido, chamamos a atenção que as desigualdades estruturais foram aprofundadas pela pandemia, considerando em especial gênero e raça (dos 1469 óbitos, 694 eram pardas e 119 pretas). É sabido que a pandemia em todo o seu curso afetou de forma desproporcional as mulheres, especialmente as mais vulneráveis, destacando as mulheres negras, indígenas, quilombolas e periféricas, em múltiplas dimensões. De acordo com a ONU (2020), são necessários esforços para coletar e sistematizar dados e recomendações sensíveis a gênero, raça e etnia, com o objetivo de fortalecer a resposta para o enfrentamento da crise provocada pela Covid-19 levando em conta os impactos específicos sobre meninas e mulheres em todas as esferas, da saúde à economia, segurança à seguridade social.

Partindo do princípio que ao Governo Federal cabe, entre outras atribuições (COELHO, 2007):

[...] organizar e financiar o Sistema Único de Saúde, bem como, formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação; identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios [...] (COELHO, 2007)¹.

Perguntamo-nos: Quantas vidas seriam poupadas se o Governo Federal, em suas diversas instâncias, estivesse de fato coordenando e se responsabilizando através de um grande pacto federativo para a salvação das vidas?

A formulação e implementação das políticas públicas certamente estariam voltadas para a proteção das mulheres e das populações mais vulneráveis. Esta tragédia sanitária é o resultado da incompetência, do negacionismo e da omissão do Governo.

6. Vigilância e Comitês da Mortalidade Materna

O aprimoramento dos dados por meio da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos pelas vigilâncias epidemiológicas, assim como dos casos de Morbidade Grave/Near Miss Materno (NMM) e a análise ampla e aprofundada de cada óbito pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, permite identificar formas para acelerar a redução destas mortes. Com informações fidedignas, tanto gestores, como os serviços, as universidades, e o controle social podem identificar como colaborar e atuar para apoiar as mulheres e qualificar a assistência para a redução da mortalidade evitável.

Os Comitês de Mortalidade Materna são considerados padrão-ouro internacional para revisão e análise dos óbitos maternos, após adequada investigação epidemiológica, demonstram estudos e suas evidências científicas. A metodologia de investigação e revisão confidencial dos óbitos maternos por comitês é uma prática reconhecida e corrente em muitos países do mundo, auxiliando profissionais e gestores de saúde a identificar as mortes maternas, suas causas e condicionantes, e as medidas para aprimorar os cuidados prestados às Gestantes, Parturientes e Puérperas, impactando na saúde materna e perinatal (CDC, 2021).

Permanecem, no entanto, no Brasil desafios para a efetivação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, prevalecendo a subnotificação dos óbitos e das reais causas dos óbitos maternos na maioria dos estados.

A estratégia relacionada à implantação de Comitês de Mortalidade Materna foi iniciada no Brasil em 1990, com incentivo e apoio do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) com a adesão de muitos estados. No entanto, sem formalização e recursos, a sua existência ao longo de quase três décadas tem sido permeada por avanços e retrocessos, condicionados pela maior ou menor indução do poder público; pela disposição das autoridades sanitárias em promover a estratégia; pela disponibilidade de profissionais com interesse no tema, entre outras variáveis dinâmicas e mutáveis de acordo com os contextos federal, estadual e municipal.

A regulamentação federal que trata da vigilância de óbitos nos estados e municípios compreende a Portaria MS/GM nº 1.119/2008 e orienta que a

Equipe de Vigilância do Óbito da Secretaria seja responsável pela coleta, organização e sistematização dos dados de óbitos maternos, assim como pela estruturação dos resumos de casos que subsidiarão a análise pelos Comitês de Prevenção do Óbito do Município, Região ou Estado”, o que não vem ocorrendo efetivamente na maioria dos estados.

Embora o Brasil apresenta um elevado percentual de investigação dos óbitos maternos, tendo chegado a 91% em 2018 no país, não tem promovido o esperado aumento no número dos óbitos maternos não declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para tornar este sistema uma fonte confiável para o planejamento de ações, ressalta o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2018, 2019). Isto ocorre por falta de apoio, coordenação e capacitação contínua dos comitês por parte dos governos federal e estaduais para as análises e confirmação dos óbitos maternos.

Para promover a qualificação, a uniformização e estimular os Comitês Estaduais e Municipais conforme Normas e Manuais do Ministério da Saúde seria necessária uma coordenação nacional e a reativação da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, sempre defendidos pela rede Feminista de Saúde. Ressalte-se a necessidade de comitês amplos, interinstitucionais, multiprofissionais, e com participação das universidades, movimentos sociais de mulheres para que as ações tenham agilidade e impacto na redução da mortalidade materna. Reforçamos que a participação dos Comitês em parceria com os gestores é fundamental para aprofundar o conhecimento sobre os eventos e fatores que mantêm elevados os óbitos evitáveis, para monitorar, orientar, mas também colaborar na execução das ações e estratégias para a redução mais ampla da mortalidade materna no país.

7. Considerações finais

São muitos os problemas que persistem e que mantêm a saga da mortalidade materna no Brasil, porque a Mortalidade Materna comove, mas não mobiliza para seu real enfrentamento, visto que as políticas públicas para as mulheres no país são compartimentalizada e insuficientes, são amplamente conhecidas as falhas na assistência obstétrica; se repetem infinitamente as iniquidades sociais, raciais e de gênero.

Esta saga é determinada pela resistência e omissão à implantação da Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres e dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de forma universal; resistência e omissão às imprescindíveis mudanças do modelo de atenção obstétrica no país e das boas práticas do parto e nascimento; resistência e omissão ao enfrentamento às violências obstétricas e aberrantes taxas de cesarianas; resistência e omissão à capacitação obrigatória permanente dos médicos no manejo das principais patologias obstétricas;

resistência e omissão à ampliação e à atuação das enfermeiras obstétricas em um do novo modelo de atenção obstétrica menos intervencionista; resistência e omissão à vigilância das Near Miss Materno e fortalecimento dos Comitês.

Omissão e resistência de quem? De governantes, gestores de serviços de saúde hospitalares e da atenção básica, de cursos de graduação de medicina e pós-graduação em obstetrícia, de entidades de classe médicas federais e estaduais. Faz-se, portanto, necessário fortalecer o controle social, os movimentos sociais, as comissões e conselho de direitos e de saúde das mulheres para monitorar a mortalidade materna e as Políticas Públicas para Mulheres nos Municípios, Estados e Brasil.

A gestão e atenção qualificada e abrangente a saúde e direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o acesso a interrupção voluntária da gravidez são premissas a serem atingidas para uma redução acelerada e sustentada da mortalidade materna em todas as regiões do país. Assim como a conquista da igualdade, qualidade de vida e saúde para todas as mulheres.

A extinção da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), e da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), são perdas e retrocessos promovidos pelo atual governo, a serem recuperados.

Estes são alguns dos desafios e bandeiras a serem defendidas pela Rede Feminista de Saúde e demais movimentos sociais para que ocorra efetiva qualificação da atenção à saúde das mulheres e redução sustentada da mortalidade materna no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Covid-19**: mortes de grávidas e puérperas dobram em 2021-Aumento do grupo foi maior do que na população em geral. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/covid-19-mortes-de-gravidas-e-puerperas-dobram-em-2021>. Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 20**, v. 51, maio 2020. Disponível em: <https://portaldeboas-praticas.iff.fiocruz.br/atencaoMulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019**: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-40518>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-39460>. Acesso em: 20 maio 2021.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **CDCData on COVID-19 during Pregnancy**: Severity of Maternal Illness. March 29, 2021. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/104604>.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. **Enhancing Reviews and Surveillance to Eliminate Maternal Mortality (ERASE MM)**. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/index.html>.

COELHO, Clair Castilhos. **Saúde da mulher e o controle social no brasil em tempos de neoliberalismo**. Seminário Nacional “Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher”, sob o título “Gênero e Saúde da Mulher: análise crítica a partir do Controle Social”. Brasília, DF: Comissão Intersetorial de Saúde

da Mulher – CISMU, do Conselho Nacional de Saúde, de 29 a 31 de agosto de 2007.

O GLOBO. **Covid-19**: média semanal de mortes maternas dispara 113% em 2021 em relação a 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/covid-19-media-semanal-de-mortes-maternas-dispara-113-em-2021-em-relacao-2020-24972620>. Acesso em: 15 maio 2021.

ONU MULHERES. **ONU Mulheres lança materiais com diretrizes para inclusão de mulheres e meninas na resposta à pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-lanca-materiais-com-diretrizes-para-inclusao-de-mulheres-e-meninas-na-resposta-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 20 maio 2021.

REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS. **Um chamado à ação contra a morte materna por COVID-19 no Brasil**. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2021/04/rede-feminista-de-ginecologistas-e.html>. Acesso em: 16 abr. 2021.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS. **Posições Políticas**. Publicação Especial. Gestão 2011-2015. 2016. Disponível em: <https://redesaude.org.br/posicoes-politicas/>. Acesso em: 19 abr. 2021.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS REPRODUTIVOS. **Dossiê Mortalidade Materna**. Pesquisa e redação Ana Cristina d'Andretta Tanaka. 2000. Disponível em: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_mortalidade-materna.pdf. Acesso em: 1º abr. 2021.

RELATÓRIO LUZ DA SOCIEDADE CIVIL DA AGENDA 2030 DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL BRASIL, 4. 2020. Disponível em: https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2020/08/por_rl_2020_web-1.pdf. Acesso em: 28 maio 2021.

RODRIGUES, A.; LACERDA, L.; FRANCISCO, R. **Brazilian Obstetric Observatory**. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2105.06534>. Acesso em: 20 maio 2021.

WHO. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255336>. Acesso em: 14 maio 2021.

WHO. UNICEF. UNFPA. World Bank Group and the United Nations Population Division. **Trends in maternal mortality 1990 to 2015**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population. Nov. 2015. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>. Acesso em: 15 maio 2021.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

PARTO HUMANIZADO: resgate histórico, conceitos e reflexões

*Alessandra Crystian Engles dos Reis*¹¹
*Marcelexandra Rabelo*¹²

1. Introdução

A fim de transpor o significado do parto humanizado, contextualizado em um arcabouço multifacetado, torna-se estratégico recorrer ao seu aspecto histórico. Para tanto, nos primórdios da civilização humana, o parto era compreendido como um evento exclusivamente feminino, em que seu cenário se passava no ambiente domiciliar e, portanto, familiar. Assim, sob os cuidados de mulheres experientes e no ambiente doméstico, o parto foi legitimado como um evento feminino (DINIZ *et al.*, 2015).

No final do século XVI, o nascimento seguro passa a ser aquele assistido pelo médico. Nessa época, a medicina era exercida basicamente por homens, e no caso do parto, considerava-se sua habilidade e conhecimento para a utilização do fórceps, instrumento recém inventado. Associado a esse cenário, o parto passou a ser institucionalizado após a Segunda Guerra Mundial sob a perspectiva da diminuição da mortalidade materna e infantil. Essa conjuntura corroborou para sua concepção patologizada, legitimada pela assistência obstétrica biomédica (REIS; MATA; RABELO, 2017; MATOS *et al.*, 2013; BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

As mulheres foram distanciadas de sua família e passaram a estar sozinhas durante a experiência do parir. Assim, o manejo intervencionista se intensificou, com procedimentos como episiotomias e cesarianas. Essa abordagem tecnicista, caracterizada pela diminuição dos afetos, desconsiderou a mulher em sua integralidade, corpo e mente, vitais para o processo de parturição (REIS; CONTERNO, 2020).

O parto na perspectiva de ser produto da assistência profissional, deixou de ser íntimo e feminino consolidando-se como uma experiência pública,

11 E-mail: acereis75@gmail.com.br. Cascavel/PR. Doutora em Educação em Ciências pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Especialista em Enfermagem Obstétrica. Graduada em Enfermagem pela UNIOESTE. Docente do curso de Enfermagem na Unioeste, campus de Cascavel-PR.

12 E-mail: marcelexandar@gmail.com. Curitiba/PR. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Enfermagem Obstétrica. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Enfermeira Obstetra na Unidade Materno-Infantil do Hospital de Clínicas da UFPR. Presidente da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO-PR).

controlado por outros atores sociais, geralmente homens. Dependente da tecnologia e despersonalizada, a assistência ao nascimento agregou a repetição de rituais obstétricos que se constituíram hegemônicos e vitais na óptica profissional. Progressivamente a incapacidade de parir de forma natural foi instaurada (BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011; REIS; CONTERNO, 2020).

Na contemporaneidade, o parto medicalizado fenômeno territorializado pelo domínio profissional passa a ser reivindicado pelas mulheres que buscam assumir seu protagonismo mediante a assistência livre de repressão, censura e imposição, ou seja, de violências simbólicas associadas à violência física (epi-siotomia¹³ de rotina, Kristeller¹⁴, cesáreas sem critérios clínicos etc.) e emocional, que oprimem e corrompem seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Desta forma, sob a influência do movimento de mulheres, na década de 1990, no Brasil, surgiu o termo “parto humanizado”, considerando toda a violência implícita e explícita no parto patologizado e medicalizado. O surgimento desse termo aconteceu em resposta ao apelo de mulheres ao direito de um parto livre de violência, com base nos direitos humanos, em resposta à política de saúde das mulheres daquele momento (MATOS *et al.*, 2013). Nesta mesma década, em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Nascimento (ReHuNa), constituída por grupos do movimento brasileiro de mulheres, que tem contribuído para a mudança de modelo obstétrico em nosso país (DINIZ; CHACHAM, 2002).

Em meio ao cenário tecnocrático, centrado no profissional, o parto humanizado tem sido resistência à redução das intervenções obstétricas indiscriminadas, caracterizadas pelas violências contra a mulher no processo de gravidez, parto e puerpério. Em contrapartida tem-se a busca do resgate a autonomia sexual e reprodutiva da mulher, através da qualificação de sua assistência enquanto evento fisiológico, permeado pelo protagonismo da mulher, tanto incorporado por ela no exercício de seus direitos, quanto no acolhimento institucional obstétrico.

Neste contexto é possível verificar que o parto como prática institucionalizada, legitimado pela assistência biomédica, vem sendo pautado para a mudança à assistência humanizada. Esta pauta é subsidiada pela discussão de políticas públicas e normas governamentais, desde os anos 2000, em meio aos embates e enfrentamentos políticos e ideológicos, caracterizados pela busca da igualdade estrutural de gênero, pela influência da hegemonia e do *ethos* profissional, os quais obstaculizam o protagonismo da mulher no processo de gestar e parir.

13 Incisão perineal.

14 Pressão exercida com os braços no fundo do útero materno.

Subjacente a essa conjuntura, os números de mortes maternas são expressivos. Desta maneira, sua redução se faz imprescindível, pois em 2021 esse número permanece acima do aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera até 20 mortes a cada cem mil nascimentos. Vale ressaltar, que com o advento da Pandemia por SARS-Cov 2 a morte materna, no Brasil, foi intensificada. Evento que ilustra a intrínseca vulnerabilidade do risco de engravidar e parir no Brasil. Contudo, para este texto, não nos deteremos nesta problemática.

Entretanto, esse cenário chama a atenção para a necessidade da mudança de modelo obstétrico, em que o modelo Biomédico não se justifica, pois tem inviabilizado experiências saudáveis, e sustentado o número alarmante de mortes, quando nenhuma mulher deve morrer por consequências da gravidez ou do parto, pois são fenômenos relacionados à continuidade da vida (SOARES; REIS; JOPERT, 2018; WHO, 2020).

Com o objetivo de evidenciar o Parto Humanizado como mecanismo de acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e resistência à assistência tecnocrática, imprescindível para a mudança de modelo obstétrico, de Biomédico para Humanístico, buscaremos neste texto ilustrar esta problemática à luz da mobilização do movimento de mulheres.

2. Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e o Modelo Assistencial Obstétrico

Ao longo dos anos as políticas públicas de saúde têm em sua agenda a assistência à saúde das mulheres, sob a influência dos movimentos feministas. Em 1983 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que na sequência passou a ser Política Nacional Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004a). Essa política evidenciou as mulheres enquanto pessoa de direito nos diversos ciclos de vida, com foco na qualidade da saúde sexual, ginecológica, reprodutiva, em situações de vulnerabilidade e violência. A PNAISM foi influenciada pelo Movimento Sanitário, iniciado na década de 1970, o qual reivindicava o acesso universal à saúde (PAIM, 2008), e que culminou em 1988 no reconhecimento da saúde como um direito constitucional (BRASIL, 1988) e na década de 1990 na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

No ano 2000, foi criada a Política de Humanização do Pré-natal e Parto (PHPN) com o objetivo de fortalecer a assistência obstétrica, melhorando a cobertura e qualificando os serviços de pré-natal e parto, a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, e oferecer incentivo à mulher ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2002; MATOS *et al.*, 2013).

Também a PHPN incluiu a(o) Enfermeira(o) Obstetra na assistência às mulheres grávidas e parturientes, deixando de ser, a assistência obstétrica, prática exclusivamente médica, exercida em sua maioria por homens, retornando a ser uma prática também realizada por mulheres, como comentado na introdução deste texto, gênero majoritário na Enfermagem.

Para tanto, foram necessários investimentos financeiros nos serviços hospitalares, por meio de ações como a Maternidade Segura, capacitação de parteiras tradicionais, formação de enfermeiras obstetras e da obstetrix, profissionais diretamente ligadas à assistência obstétrica centrada na mulher (MAIA, 2010).

Em 2004, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, o MS propôs o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, cuja temática foi caracterizada como um problema social e político. Foram elaboradas ações estratégicas para a redução da mortalidade, dentre elas, a Atenção Humanizada ao Abortamento; Criação de Redes Hospitalares e Centros de Parto Normal; Gestão Humanizada; requalificação dos Hospitais Amigos da Criança; reavaliação dos hospitais de referência para gravidez de risco; desenvolvimento de ações para suporte social; qualificação e capacitação para humanização da atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2004b).

Embora se observe tentativas de mudança de modelo obstétrico subsidiadas pelas políticas públicas de saúde da mulher, existem fatores estruturais, culturais e sociais que dificultam e inviabilizam o processo do cuidado pautado na assistência humanística, como ações de saúde, práticas assistenciais e gestão conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e intervenções desnecessárias, potencialmente iatrogênicas e descoladas de cientificidade, tendo como foco o corpo da mulher que não consegue parir, e o parto como patológico sob o domínio do profissional de saúde.

Em 2005, foi aprovada em âmbito nacional, a Lei nº 11.108, que visa “[...] garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2005, *on-line*). Essa aprovação representa importante conquista para as mulheres, que na presença de um acompanhante de seu vínculo afetivo apresenta benefícios, dentre eles, melhor evolução do trabalho de parto, diminuição de intervenções e o nascimento com maior segurança.

No ano de 2011, por meio das Portarias do MS nº 1.459 e nº 2.351 (BRASIL, 2011a), instituiu-se a Rede Cegonha, caracterizada por “[...] 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, crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011b, p. 42). Esta Rede constituiu-se com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, implementar um modelo de assistência humanizada,

pautado no respeito, integralidade, equidade, com a garantia das Boas Práticas recomendadas pela OMS (1996) e segurança na atenção ao parto e nascimento, bem como o acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Além dos enfoques, voltados à gestão e à assistência dos serviços de saúde obstétrica, em 2017, a formação também foi contemplada, por meio do projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn) do MS. Este projeto, sediado pelos hospitais de ensino, objetivou implantar e aprimorar as práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, por meio da movimentação da assistência tradicional, focada no profissional para a humanizada, centrada nas necessidades e direitos das mulheres, bebês e famílias, como também nas melhores práticas disponíveis, inclusive para os casos de violência sexual e abortamento/abortamento legal (BRASIL, 2017a).

Também em 2017 foram publicadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, uma parceria do MS com um grupo de profissionais multidisciplinar, entre eles, médicos e enfermeiras. Após sua elaboração foi disponibilizado para consulta pública, em que 84% das propostas enviadas para sua adequação foram de mulheres (BRASIL, 2017b).

Estas diretrizes consideraram que, “A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares” (BRASIL, 2017b, p. 6). Desta forma, qualificar o nascimento hospitalar é estratégico para a mudança de modelo obstétrico.

Todavia, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal têm sido subutilizadas, pois para sua aplicabilidade se exige mudança de paradigmas e a desconstrução de uma formação intervencionista e taylorista que rompa com os rituais e práticas hegemônicas, isto é, que provoque a mudança de cultura e da incorporação da compreensão do parto como exercício de direito da sexualidade da mulher, bem como fisiológico e social. Portanto, entende-se que sua aplicabilidade denota barreiras estruturais e comportamentais que precisam ser estrategicamente enfrentadas (BARRETO *et al.*, 2020).

Em 2018, a OMS recomenda a maternidade como uma experiência necessariamente positiva, subsidiada pela qualidade da assistência à saúde, com apoio físico e emocional à mulher, sob a prevenção de complicações mediante a comunicação efetiva entre a equipe, a mulher e a família. A linguagem clara e acessível, e o tom de voz que traduz calma e serenidade, devem ser utilizados como ferramentas da prática obstétrica. Além do reconhecimento e do respeito aos diversos e distintos valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento, fundamentado em um ambiente acolhedor, cuidado empático, atendimento individualizado,

sem rotinas rígidas, em que a mulher possa expressar suas necessidades, sentindo-se segura e protegida (WHO, 2018).

Países em desenvolvimento buscam uma assistência obstétrica de forma segura e acessível, porém a adoção de procedimentos sem critérios, inoportunos, inadequados e desnecessários, com frequência e mal avaliados, configuram-se em genuínos riscos, assumido pelos profissionais de saúde, nos serviços de obstetrícia (LEAL *et al.*, 2014).

Para tanto, a fim de priorizar o protagonismo da mulher durante o processo de parto e nascimento é imprescindível um modelo que seja fundamentado na assistência obstétrica que busque superar perspectivas e desafios no âmbito do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

À luz das discussões sobre a assistência ao parto e nascimento, um Modelo Humanizado se coloca necessário e seguro, baseado em evidências científicas, com respeito à cultura, integridade e individualidade da mulher no exercício de sua sexualidade.

Conforme Davis-Floyd (2001) alguns princípios são traçados como definidores de paradigmas, incorporados em três modelos obstétricos distintos aplicáveis à assistência da mulher em qualquer etapa do ciclo gravídico puerperal, os quais são: o Tecnocrático, o Humanístico e o Holístico.

O modelo Tecnocrático apresenta alguns pressupostos como a separação corpo – mente; o corpo como uma máquina, paciente como objeto; distanciamento profissional – paciente; hierarquia e padronização do cuidado; autoridade e responsabilidade do profissional e não do paciente; supervalorização da tecnologia; intervenções agressivas com resultados a curto prazo; morte como um fracasso; sistema pautado no lucro; intolerância e hegemonia, descrevem e fortalecem esse modelo (DAVIS-FLOYD, 2001; BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

O modelo Humanístico surge em reação à hegemonia da tecnomedicina – modelo biomédico –, e conta com a coparticipação da pessoa cuidada, em que os valores são centrados nela e em suas experiências, baseado na relação de confiança e valorização do feminino, tem como pressupostos a conexão corpo e mente; a pessoa é cuidada sob o processo relacional amoroso, ciência e tecnologia equilibrados, com enfoque na prevenção; morte aceitável como parte do processo; cuidados a partir da empatia, perspectivas e da aceitação de possíveis alternativas (DAVIS-FLOYD, 2001; BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

E o terceiro modelo, o Holístico, transcende a lógica linear, oposto à medicina tecnocrática. Traz como base a unicidade mente-corpo e espírito, o corpo como um sistema de energia; cura interna e a longo prazo; a morte como uma etapa do processo (DAVIS-FLOYD, 2001; BRUGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

No Brasil, há o predomínio do modelo Tecnocrático, em reflexo as crenças culturais/sociais baseadas no endeusamento tecnológico, com o desenvolvimento de rituais em conformidade com a experiência profissional, em que se desconsidera as melhores evidências científicas.

Assim, no modelo Tecnocrático compreende-se o corpo como uma máquina, composto por várias engrenagens, portanto, objetificado, em que se separa o corpo e a mente sob a organização hierárquica e padronizada dos cuidados, em favor do profissional. Destaca-se nesse modelo, a autoridade e responsabilidade centradas na figura hegemônica do médico, associada à conjuntura da supervalorização de tecnologias e de intervenções com resultados a curto prazo, como por exemplo a episiotomia de rotina, o uso indiscriminado e sem critério da ocitocina sintética, a manobra de Kristeller para acelerar o nascimento e cesarianas sem indicações clínicas.

Para tanto, no modelo Tecnocrático não se considera o processo natural em parir pela via fisiológica como primordial à mulher e ao recém-nascido. A partir dessa premissa e sob a observação e intervenção tecnocrática, o parto vaginal é sempre traumático para o binômio, mãe e filho, em que o tempo e o cenário do nascimento é determinado pelo profissional, que busca controlar esse processo sob aspectos generalizados, desconsiderando a avaliação individualizada atrelada às adaptações estruturais e emocionais maternas e fetais, em resposta a evolução do trabalho de parto, parto e nascimento.

Assim, a posição corporal deitada com as pernas levantadas – posição litotômica ou ginecológica – é imposta à mulher durante o parto em favor da abordagem profissional tecnicista. Esta posição, dificulta o trabalho de parto, pois é antifisiológica para a descida e expulsão fetal, o que favorece o uso indiscriminado de ocitocina sintética, que proporciona o aumento da contração uterina e conseqüentemente maior sensação de dor, realização de episiotomia e o impedimento da mulher em estar ativa durante o trabalho de parto. Em síntese, proporciona um efeito cascata de intervenções que deveriam ser evitadas, resultando no parto vaginal traumático ou cesariana (MAIA, 2010).

Na contramão desse contexto, o parto humanizado, ou seja, livre de violências simbólicas, emocionais e físicas, garante o respeito à liberdade de escolha da mulher a protagonizar seu parto adotando posições e movimentos mais confortáveis, ingerindo alimentos e líquidos de seu gosto e aceitação, estando ao lado de pessoas de seu convívio, portanto vinculadas emocionalmente a ela, que favorecem a produção de ocitocina endógena, e conseqüentemente uma melhor experiência em parir. Vale salientar, que todo esse processo deve ser de conhecimento prévio da mulher e família, compreendendo cada fase do trabalho de parto e parto, para que as decisões sejam compartilhadas entre a mulher, família e profissional.

3. A “escolha” da cesariana em detrimento do parto normal: uma construção do modelo Tecnocrático

Em conformidade com o modelo Tecnocrático, “[...] o conceito de parto tem sido erroneamente utilizado como sinônimo de cesárea, tamanha naturalização do nascimento por via cirúrgica abdominal” (REIS; CONTERNO, 2020, p. 149). Essa naturalização, possibilitada pelo controle profissional do cenário perinatal, tem como base a relação profissional “paciente”, subsidiada pelo poder estrutural do obstetra para com a mulher, em que se elege, a princípio por ambos, a via abdominal operatória como a melhor “opção” para o desfecho da gravidez. Essa pseudo “opção” conduzida pelo profissional, normalmente oculta as possibilidades e oportunidades de um parto fisiológico, ou seja, a condução profissional é pautada no Modelo Tecnocrático, em função da falsa autonomia do poder de escolha da mulher.

A operação cesariana apresenta taxas elevadas em vários países. Entretanto, o Brasil é o segundo país do mundo com maior proporção de partos cesáreos (55,6% em 2016), ficando atrás apenas da República Dominicana (BRASIL, 2019, *on-line*). Esse número aumentado, corrobora para a concepção do nascimento operatório como padrão ouro da tecnologia obstétrica, centrado na medicina curativa e hospitalar, o que para Maia (2010) dificulta a implementação das políticas de atenção humanizada. Em que o nascimento pela via operatória se dá de forma padronizada e em série, como uma linha de produção industrial.

Segundo as Diretrizes de Atenção à Gestante, a operação cesariana (BRASIL, 2016, p. 5), deve acontecer a partir de critérios clínicos determinados, pois “[...] é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro”. Desta forma, a cesariana é um importante recurso tecnológico a ser utilizado quando diante de evidências clínicas e científicas de sua necessidade, inclusive durante o trabalho de parto sob a assistência humanizada.

Contudo, associada à cultura midiática do medo da dor enquanto iatrogênica e da passagem do feto pela genitália, em que há a crença de que o parto vaginal é arriscado e a cesariana subterfúgio ao parto seguro e sem contrações, o parco conhecimento sobre os riscos e benefícios da intervenção cirúrgica, proporciona a cesariana a conjuntura de parto e nascimento qualificado, em que se tem no capital econômico sua possibilidade de acesso (SENA, 2016a; SENA, 2016b).

Nessa perspectiva, no Brasil, onde evidencia-se a desigualdade econômica, a prevalência da operação cesariana constitui-se nos serviços privados em que as mulheres pertencentes às classes sociais mais favorecidas, usufruem

desse serviço, o caracterizando e reforçando como *status* social. Reis e Conterno (2020, p. 156) escrevem que diante da desigualdade de classe, “[...] a mulher e família sentem-se reféns de sua condição de não ‘comprar um nascimento’ agendado, livre de dor, e garantir um espaço privativo para ela, o bebê e a família”. Essa circunstância, retroalimenta a cultura da operação cesariana como via de nascimento elitizada, portanto, eleita e pretendida como a melhor forma de se dar à luz.

Nessa circunstância, mesmo a elite no modelo Tecnocrático é sacrificada pela abordagem biomédica. Em que a mulher, independentemente de sua classe social, tem na desigualdade de gênero sua subjetividade anulada, inclusive sua sexualidade preterida durante o processo da cesariana. Esta acontece, sem a participação materna, livre de gemidos e gritos. Submissa e com o corpo coberto por campos operatórios, a mulher é coadjuvante do nascimento de seu filho, diferentemente do parto humanizado, em que se evidencia a liberdade corporal em suas expressões e posições de parir permeada por sua subjetividade.

4. O parto humanizado como dispositivo de acesso aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

O Movimento Sanitário, pautado na busca de direitos e na compreensão ampla de saúde, influenciou as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1986) que por sua vez resultaram na atual Constituição Federal (BRASIL, 1988) e no SUS. Denota-se no texto da 8ª CNS que,

1- Em seu sentido mais abrangente, **a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.**

2- A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, **devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas** (BRASIL, 1986, p. 4, grifo nosso).

Enquanto que a Constituição Cidadã contempla no Art. 196 que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços

para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 122, grifo nosso).

Portanto, a saúde mediante o juridismo e o legalismo é fenômeno de direito do cidadão e da cidadã, resultado de intensas discussões e movimentos da população brasileira, inclusive do movimento de mulheres. Entretanto, o modelo biomédico, que considera a saúde biologizada, centrada no corpo, resiste tendencialmente como concepção de saúde e influência de práticas ao longo dos anos, mesmo após os movimentos em prol da saúde ampla.

Assim, se tem um paradoxo, diante da saúde enquanto direito garantido pelo Estado, as práticas assistenciais, ainda se baseiam na ausência de doença em que a cidadã e o cidadão são culpabilizados por seu estado de saúde, e o acesso a bens e serviços são desconsiderados.

No que tange ao parto, no âmbito do modelo biomédico, caracterizado por sua vertente tecnocrática, patologizada e medicalizada, é descolado do conceito amplo de saúde. Portanto, é concebido como evento perigoso à integridade física da mulher, em que ela não ocupa posição de direitos. Neste cenário, a mulher ocupa posição de paciente, “[...] naturalmente conformada, resignada, à espera de que alguém faça-lhe algo” (REIS; CONTERNO, 2020, p. 153).

Contudo, sendo a saúde intrínseca aos direitos humanos, o parto atrelado a continuação da vida e fenômeno fisiológico intrínseco à saúde, é um direito humano, especificamente um direito sexual e reprodutivo. Esses direitos foram incorporados como direitos humanos, em 1995, na IV Conferência Internacional sobre a Mulher, sediada na China, em Pequim (BRASIL, 2010). A privação do direito à saúde durante o parto, corrobora para com as vulnerabilidades, como exemplo a parca liberdade em assumir posição fisiológica para a evolução do parto, quando a parturiente restrita às orientações profissionais geralmente assume posição contra fisiológica – não verticalizada – para parir, dificultando o processo expulsivo, aumentando o risco de parto instrumental e injúrias teciduais e emocionais.

Vale destacar como direito sexual e reprodutivo,

[...] que todas as mulheres têm: (a) o direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos/as, quantos filhos/as desejam ter e em que momento de suas vidas; **(b) o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos/as; (c) o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência** (SÃO PAULO, 2020, p. 8, grifo nosso).

Para tanto, no modelo Biomédico de saúde, a sexualidade é inviabilizada enquanto fenômeno fisiológico e social. Na vertente patológica, se considera

na perspectiva da relação sexual, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o uso de métodos contraceptivos e os nascimentos sob intervenção. Isto é, todos eventos medicalizados.

Neste aspecto se tem no parto humanizado, a autonomia da mulher em assumir o curso do parto. Tendo em si (corpo, mente, espírito, família, domicílio, entre outros aspectos subjetivos), o recurso de maior tecnologia, reconhecido e apoiado pela *estrutura estruturante*, como diria Bourdieu (2014), que assegura ao profissional o papel expectante e a tomada de providências, restrita a identificação de necessidades concreta.

À luz de Bourdieu (2014), nesse sentido, a *estrutura* que é *estruturante* refere-se à desigualdade de gênero em que,

Não se trata de ser assistida no SUS, na rede suplementar de saúde ou no particular, a mulher é conduzida sob o broquel da dominação, e por isso vítima da *violência simbólica*, aquela que não se reconhece como agressão, por não ser formalmente física e não deixar marcas visíveis, no entanto, se viola o princípio da vida e do direito da mulher de parir naturalmente (REIS; CONTERNO, 2020, p. 161).

Quando a gestante/parturiente é reduzida e objetificada em seu corpo, por vezes a violência perpassa pela física e emocional, quando procedimentos são realizados sem seu consentimento, ou simples conhecimento, calcados em frágeis, ou na ausência, de indicações clínicas que desconsideram as evidências científicas. Conceber o processo de parir enquanto humanizado, é conceder à mulher sua posição de direito em reconhecer-se autora de sua história, mediante o conhecimento e familiarização para com esse processo, subsidiado pela assistência profissional individualizada.

5. Proposições estratégicas para a mudança de modelo obstétrico

Para a incorporação de um modelo assistencial obstétrico, pautado no respeito, autonomia, individualidade e integralidade, há paradigmas a serem enfrentados, pois a obstetria tradicional, focada no profissional é predominante nas instituições hospitalares, local em que se concentram a maioria dos nascimentos no Brasil. Conforme o inquérito coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz denominado *Nascer no Brasil*, realizado entre 2011 e 2012 com 23.940 puérperas, 98,4% dos partos aconteceram no hospital, dentre esses 88,7% foram conduzidos por médicos. Neste estudo foi identificado a “[...] intensa medicalização do parto e nascimento com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas” (LANSKY *et al.*, 2014, p. S193).

Para tanto, as estratégias de mudança desse contexto e cenário, em que o parto se torne uma experiência positiva, pressupõe-se primeiramente a desconstrução da relação de submissão da mulher para com o profissional, esta relação deve ser baseada na igualdade de gênero, em que os direitos da gestante/parturiente sejam contemplados no âmbito da responsabilização, ética e postura dos profissionais de saúde.

Em estudo realizado por Sena (2016a, p. 18) os profissionais “Médicos obstetras, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e anestesistas” são os principais atores institucionais lembrados por 234 puérperas que se identificaram como vítimas de violência obstétrica. Salienta-se que essa violência é aquela sofrida durante a gestação, parto e/ou puerpério em consequência da situação gravídica puerperal, portanto, uma violência de gênero praticada por homens e mulheres envolvidos na prática obstétrica, estruturada no modelo tecnocrático, em que não se privilegia a mulher enquanto pessoa de direito.

Neste sentido, toma-se como estratégia reforçada pelas *Diretrizes Nacionais do Parto Normal*, a mudança de modelo obstétrico que vise a experiência positiva das mulheres e seus bebês, como é o caso do parto domiciliar e dos Centros de Parto Normal, descolados do ambiente tecnicista, e a assistência obstétrica realizada por enfermeiras(os) e obstetras (BRASIL, 2017).

A desospitalização do nascimento, mobiliza o parto enquanto prática necessariamente assistencial, de território e domínio médico/patológico, para o espaço e contexto familiar. Destaca-se que o parto domiciliar planejado (PDP) deve ser assistido por equipe de saúde. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que legisla e disciplina o exercício profissional do(a) enfermeiro(a) obstetra, reconhece por meio do Parecer da Comissão Nacional de Saúde da Mulher – Cofen, nº 3 de 2019, que a prática do parto domiciliar é de direito da mulher, podendo ser conduzida pelo(a) enfermeiro(a) obstetra (COFEN, 2019).

No que tange os partos hospitalares, deve haver a definição e gestão de metas e modelos de atendimentos articulados com propostas efetivas, permeadas por protocolos, indicadores, diretrizes e educação permanente. Arelados ao envolvimento das equipes por meio de um colegiado gestor e do controle social que dará legitimidade à gestão local e a garantia da manutenção dos direitos das mulheres, previstos nas políticas públicas (RABELO, 2015).

Salienta-se como essencial para a mudança de modelo obstétrico, investir na formação profissional em saúde, oportunizando o envolvimento de grupos feministas, considerando os contextos sócio-históricos e as formas de resistência das mulheres em busca da igualdade de gênero. Vale destacar, a experiência relatada por Soares *et al.* (2019) da Rede Feminista de Saúde do Paraná (PR) em conjunto com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) PR, com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) PR, e com a Comissão de Saúde da Mulher do Conselho

Regional de Enfermagem (COREN) PR, ocorrida nos anos de 2018 e 2019, com a realização de seis Rodas de Conversa, na cidade de Curitiba, em que objetivou-se por meio da problematização a identificação e a proposição de estratégias para o enfrentamento da violência obstétrica no Paraná. Esses encontros contaram com a parceria do Ministério Público do Paraná (MPPR) e com a participação de 130 mulheres, entre elas, acadêmicas dos cursos de Enfermagem e Medicina. Nos encontros foram definidas algumas propostas de ação, como:

- 1) Ouvidoria Especializada sobre violência obstétrica na Casa da Mulher Brasileira;
- 2) Responsabilizar legalmente quem pratica a VO;
- 3) Realizar reunião com gestores de saúde para solicitar providências para eliminar a VO e inserção da enfermeira obstétrica e boas práticas nas maternidades públicas;
- 4) Realizar mais rodas de conversa com acadêmicos da medicina e convocar parceiros favoráveis a erradicação da VO (SOARES *et al.*, 2019, *on-line*).

Além da prática educativa para com os profissionais, também se considera como estratégia relevante a educação em saúde que se desenvolve no processo de ensino e aprendizagem do profissional para com a mulher e sua família, inserindo-os ativamente no processo de gestação, parto e nascimento, seja na atenção primária à saúde, na instituição hospitalar ou no próprio domicílio. Estratégias como oficinas com as gestantes e seus acompanhantes, com temáticas que permeiam todo o ciclo gravídico puerperal, incluindo a construção do Plano de Parto (PP), favorecem a criação do vínculo entre a mulher e o profissional. O PP funciona como instrumento educativo que organiza pedagogicamente as necessidades da mulher e sua família, conforme as fases do trabalho de parto e parto, favorecendo o autoconhecimento, e a partir deste, o domínio sobre seu corpo para poder participar das decisões acerca de sua gravidez, parto e nascimento, fortalecendo seu protagonismo (ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014).

6. Considerações finais

Ao longo da história humana, o parto foi deslocado do universo exclusivamente feminino e institucionalizado, expropriado a mulher/seu corpo desse processo, tangenciando-a à posição de submissão na relação para com o profissional. Assim, o ato de parir foi corrompido em função do controle profissional. À margem do protagonismo de sua vida, as mulheres buscam exercer, no parto humanizado, seus direitos e manter suas conquistas, como é o caso dos direitos sexuais e reprodutivos, reconhecidos enquanto direitos humanos.

No decorrer deste texto, evidenciou-se que a assistência obstétrica no âmbito das relações de gênero, *estruturada e estruturante* conforme a *pseudonecessidade* de utilização de intervenções tecnicistas, reproduz condutas hegemônicas incorporadas tanto por mulheres quanto homens, em que se desconsideram o processo fisiológico de parir e reforçam a cultura patriarcal. Para tanto, sem a reflexão crítica da prática obstétrica pautada no acesso e exercício de direitos sexuais e reprodutivos, – centrada na gestante/parturiente e família –, materializada pelas e nas relações de poder e dominação profissional.

Todavia, as relações baseadas na igualdade de gênero não são objeto de interesse no modo de vida capitalista, pois seus valores mantidos e reproduzidos sob o poder patriarcal hegemônico, valorizam o resultado final e não seu percurso. Fato que reforça a politização e objetificação dos corpos de mulheres. Desta forma, muitas mulheres ainda desconhecem seus direitos em protagonizar sua gestação e parto, estando totalmente condicionadas e dependentes das condutas profissionais que reproduzem práticas ritualísticas, obsoletas e lesivas à integridade física e emocional da mulher.

O parto humanizado é uma importante forma de fragilizar o modelo obstétrico Tecnocrático, pois sua assistência privilegia os direitos da gestante/parturiente, pautados nas políticas públicas e nas atuais diretrizes nacionais e internacionais de assistência obstétrica. Contudo, denota-se desafios a serem enfrentados para a implementação de um novo modelo assistencial, seguro, acolhedor, respeitoso, resolutivo e baseado em evidências científicas, que contemple o parto humanizado, pois implica necessariamente na mudança de cultura, no contexto das relações de poder, que por sua vez, emergem do movimento das relações de gênero, materializadas na sociedade patriarcal.

Vale destacar, que experiências positivas de mulheres respeitadas, no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos durante o processo de gestação e parturição, incentivam outras mulheres a buscarem conhecimento e formas de garantir seu protagonismo, rompendo com a estrutura de sustentação do modelo Tecnocrático. Assim, movimentos feministas têm influenciado políticas públicas e diretrizes que contribuem para mudança de modelo obstétrico, e reforçam a concepção ampla de saúde, contida na atual Constituição Federal, através do acesso e usufruto dos direitos sexuais e reprodutivos, como acontece no parto humanizado.

7. A seguir o relato de um serviço Obstétrico Humanizado que deu certo!

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

EXPERIÊNCIA EXITOSA TENDO COMO CENÁRIO, A MATERNIDADE BAIRRO NOVO EM CURITIBA (PR).

Uma região da periferia da cidade de Curitiba, foi contemplada com um serviço de saúde pública que brilharia! Havia neste serviço uma equipe hegemônica e fortalecida pela tradicional e rotineira obstetrícia. Até que no ano de 2013, com a nova administração desse serviço, observou-se uma certa inquietação dos novos profissionais que lá chegaram.

A administração era composta por uma enfermeira na direção geral, uma gerente e duas coordenadoras também enfermeiras e especialistas em obstetrícia, com um grupo de enfermeiras obstetras e equipe de enfermagem que vislumbravam o tão sonhado cuidado humanizado, pois tamanho era o sofrimento que a obstetrícia intervencionista lhes causava. Esse grupo de gestoras e enfermeiras não apenas sonharam e planejaram, mas conseguiram colocar em prática tudo aquilo que acreditavam, como o respeito e o acolhimento das mulheres gestantes no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos que ali chegavam.

Após muitas conversas e discussões entre seus pares, foi definido o modelo assistencial que esta maternidade iria seguir para sua linha de cuidado, o “Modelo Humanizado” caminhando para o Holístico. A partir disso, as estratégias para mudanças foram traçadas, cada profissional com sua experiência e conhecimento, assentados nas melhores evidências científicas, agregava boa vontade e desejo de mudança. Ficou claro que isso era possível, mesmo sem muitos recursos financeiros. Então, adaptações, inclusive no processo de trabalho permeado pelas relações humanas, impulsionaram aquela maternidade.

Foram definidos pelo colegiado gestor a Missão, Visão e Valores, ressaltando a Humanização como base do cuidado, e elencadas a composição de comissões internas como: o Núcleo de Segurança do Paciente, Aleitamento Materno, Humanização, entre outras. Cada qual composta por representantes das distintas categorias profissionais, para que todos fossem ouvidos e valorizados.

A satisfação dos profissionais que lá trabalhavam era visível. Indicadores assistenciais como número de cesarianas, episiotomia, posição materna no parto e muitos outros relacionados ao cuidado obstétrico, eram monitorados, analisados e discutidos mensalmente pelo colegiado gestor, por meio de objetivos e metas pré-definidas, pois estes indicadores eram o resultado do trabalho de todos, que posteriormente transformaram-se em modelos introduzidos em outras maternidades. A sensibilização e capacitação dos profissionais eram rotineiras, para que

a excelência do cuidado não fosse seletiva e em apenas alguns horários ou categorias profissionais.

Esta maternidade ficou conhecida nacional e internacionalmente, sendo modelo para inúmeros profissionais e gestores que lá visitaram. Foi referenciada pelo Ministério da Saúde como maternidade Modelo do Paraná e um exemplo a ser seguido pelos demais serviços obstétricos. Visitada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Associação Nacional de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), reconhecida por seu investimento na valorização e fortalecimento aos profissionais de enfermagem que desempenhavam o cuidado humanizado às mulheres e famílias daquela comunidade. Mulheres estas, que com o passar do tempo solicitavam à Rede Municipal de Saúde que a maternidade fosse sua referência, incluindo mulheres da Saúde Suplementar que deixavam seus convênios de saúde, para parir em um serviço público. Enquanto profissionais da saúde percebíamos que as mulheres se sentiam acolhidas conforme o preconizado pela Rede Cegonha (SUS).

Em vários eventos sobre saúde como, congressos, comitês de mortalidade, trabalhos foram apresentados para publicizar a experiência exitosa da Maternidade Bairro Novo, incluindo premiações valorosas e honrosas ao trabalho de excelência desenvolvido neste serviço.

Com o passar do tempo, inovações foram tomando conta da maternidade, como um belo jardim, para que as mulheres em trabalho de parto saíssem do centro obstétrico e fossem caminhar com seu acompanhante, contemplando a natureza e o aroma das ervas que ali foram cultivadas. Também a Sala de Práticas Integrativas, construída e mantida pelos próprios funcionários, por meio de arrecadações dos produtos utilizados para esalda pés, aromaterapia e massagens relaxantes, que por sinal era visível a diferença que fazia à mulher durante o trabalho de parto. Vale ressaltar, que o serviço tinha convênio com uma faculdade de Acupuntura, e a prática era oferecida às mulheres em trabalho de parto, como método para indução.

A ambiência além dos profissionais, era outro ponto forte da maternidade, por exemplo, havia uma enfermaria própria para mulheres em situação de perdas fetais, para que fossem acolhidas e poupadas do convívio com puerperas e bebês. Também havia outra enfermaria, exclusiva para acolher mulheres que internavam para indução do trabalho de parto, antes de serem encaminhadas para o centro obstétrico. Foram organizadas e adaptadas suítes de parto, para promover a individualidade e privacidade da parturiente.

Educação em saúde também era mais um ponto forte do serviço, através de oficinas para gestantes com temas relacionados ao parto e cuidados com o recém-nascido, que aconteciam três vezes por semana, em diferentes horários, para contemplar o maior número de mulheres e seus

acompanhantes. Também eram desenvolvidas rodas de conversas com as puérperas e seus acompanhantes no alojamento conjunto, para sanar dúvidas e preparar para a alta. Outra estratégia era a consulta de pré-natal com 37 semanas de gestação, com a enfermeira da maternidade, para construção do plano de parto, elaborado conforme as possibilidades do serviço em conjunto com os desejos da mulher. Este modelo de consulta foi adotado por outras maternidades, incluindo projetos de extensão e pesquisa.

A formação também foi fortalecida por esse serviço, com a criação da Residência em Enfermagem Obstétrica, construída e pautada frente ao Modelo Humanizado, com a promoção de aulas e discussões sobre a prática profissional entre os colaboradores e os residentes, bem como o acolhimento à outras instituições de ensino, de Medicina e Enfermagem, fortalecendo o modelo obstétrico. Vale ressaltar que os residentes de Enfermagem Obstétrica desenvolveram integração com as Unidades Básicas de Saúde, realizando oficinas de gestantes nessas unidades, tecendo um trabalho em rede. Somado a isso, os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde foram recebidos na maternidade, em períodos pré-definidos, para acompanhar e conhecer a rotina obstétrica.

Outras práticas de acolhimento e vínculos com as gestantes e famílias foram construídas, como a Ecografia Ecológica (pintura da barriga), Impressão (Carimbo) da Placenta, Oficinas de Shantala, Rebozo e encontros de mães, reunindo as mulheres da comunidade que haviam tido seus filhos na maternidade, somando e trocando experiências entre elas e os profissionais.

Destaca-se que a estrutura física da maternidade era antiga e até um pouco precária, com orçamento apertado para a manutenção frequente, mas os profissionais se ajeitavam e arrumavam daqui, dali e iam mantendo o serviço. Houve vários momentos de discussão sobre o fechamento da maternidade, mas o controle social era ativo e acompanhava todo o processo e a maternidade esteve em pleno funcionamento até 2020, quando aconteceu a pandemia por Sars CoV 2 e infelizmente todo esse trabalho em um serviço público e de qualidade foi desfeito, cada detalhe, cada política implantada e implementada, repercutindo em muitas lágrimas dos profissionais, que se movimentaram em protesto em frente ao serviço, implorando para não desmontar o trabalho tão importante, modelo de qualidade que lá era oferecido.

Ficou na lembrança de quem vivenciou e conheceu a maternidade!

Que sim, isso é possível! **O SUS que dá certo!**

Que sim, as mulheres podem ser respeitadas e terem seus direitos preservados!

E que apesar de todas as dificuldades do serviço, ficou evidente que a mudança parte da estrutura relacional e não física!

Porém, bastou um movimento diferente no sistema de saúde, que são denotadas fragilidades nas relações de gênero, caracterizadas pelo

poder estruturante que corrompe os direitos das mulheres, em função de outros objetivos.

E a maternidade fechou, em abril de 2020.

PARA REFLETIR...

- 1) Qual o olhar do poder público sobre a saúde da mulher, relacionado ao modelo obstétrico humanizado, de referência para o Estado do Paraná e do Brasil?
- 2) Por que esse foi o serviço fechado para atender as demandas da pandemia?
- 3) Qual o critério utilizado pelo poder público para destituir um serviço modelo?
- 4) Como estão sendo atendidas as mulheres que seriam acolhidas nesse serviço? Pois as crianças continuam nascendo, mesmo com a pandemia.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. M.; LIMA, S. K. A.; TORRES, C. M. G. O processo de educação em saúde da assistência de enfermagem em mulheres gestantes face à realização do pré-natal. **Revista Interfaces**, v. 2, n. esp., jun. 2014.

BARRETO, J. O. M. *et al.* Barreiras e estratégias para implementação de Diretrizes Nacionais do Parto Normal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 44, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.120>

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. 2. ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Complementar. **Campanha para incentivar o parto adequado**. Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5244-ans-lanca-nova-edicao-de-campanha-para-incentivar-parto-adequado-7>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Conitec. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Relatório de Recomendação. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: vsms.saude.gov.br/bvs/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf. Acesso em: 1º jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 5 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferenci. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **ApiceOn Aprimoramento e Inovação na Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília, DF, ago. 2017a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/publicacoes/>. Acesso em: 1º jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 1º jun. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na Atenção Obstétrica e Neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer de Comissão nº 003/2019/CNSM/COFEN**. Enfermagem Obstétrica. Parto domiciliar. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cns-m-cofen-no-003-2019_74671.html. Acesso em: 2 jun. 2021.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, suppl. 1, p. S5-S23, 2001.

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 25, n. 3, p. 377-84, 2015.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. Dossiê Humanização do Parto. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S17-S47, 2014.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MATOS, G. C. de *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 3, p. 870-878, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico.** Genebra: OMS, 1996.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA et al.* (org.). **Políticas e sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. cap. 15, p. 547-573.

RABELO, M. **Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual.** 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

REIS, A. C. E.; CONTERNO, S. de F. R. O cenário do nascimento: desapropriação e dominação do corpo feminino. *In: SOARES, A. S. F.; MARTELLI, A. C.; GARCIA, D. A.* (org.). **Gêneros e sexualidades: em tempos de (re) existência.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. 302 p. ISBN: 978-65-5869-005-4. [Digital].

REIS, A. C. E.; MATA, J. A. L.; RABELO, M. Aspectos éticos e legais do exercício profissional da enfermagem em obstetrícia. *In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRIZAS; MORAIS, S. C. R. V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D.* (org.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 8.** Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. p. 9-41.

SANTOS, R. S.; CAÍRES, T. L. G. O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. **Revista Enfermagem Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 422-435, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3454>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SÃO PAULO. Defensoria Pública. Escola da Defensoria Pública. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. **Guia sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante a pandemia da Covid-19: contracepção, aborto legal, gestação, parto e pós-parto.** São Paulo. 2020. p. 36.

SENA, L. M. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração:** a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Orientador: Charles Dalcanale Tesser. 2016. 277 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2016a.

SENA, L. M. Medicalização do parto é produtora de violência. Comunicação pública é de todos nós. **RADIS**, Fiocruz, ENSP, Rio de Janeiro, s/v., n. 170, p. 32-33, nov. 2016b. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/todas-as-edicoes/170/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SOARES, V. M. N. *et al.* Rodas de Conversa dobre enfrentamento a violência obstétrica. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 11. **Anais** [...]. Maceió, AL, 2019.

SOARES, V. M. N.; REIS, A. C. E.; JOPPERT, D. M. R. Violência Obstétrica: formas de enfrentamento com ênfase nos aspectos legais. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS; MORAIS, S. C. R. V.; SOUZA, K. V.; DUARTE, E. D. (org.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 9**. Porto Alegre: Artmed Panamérica, 2018. p. 45-89.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal mortality:** the Sustainable Development Goals and Maternal Mortality [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 15 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/guidelines/who-recommendations-intrapartum-care-positive-childbirth-experience>. Acesso em: 5 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe Childbirth Checklist Implementation Guide Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns**. 2015.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

PRECISAMOS (AINDA) FALAR SOBRE ABORTO

Ligia Cardieri¹⁵
Leina Peres¹⁶

“A mulher decide, a sociedade respeita, e o Estado garante”.

1. Introdução

Questões prioritárias do movimento feminista, o direito ao aborto, a escolha ou não da maternidade e o livre exercício da sexualidade são requisitos básicos e necessários de justiça social e para a consolidação das democracias.

Voltamos ao tema já tratado anteriormente em duas publicações da Rede Feminista de Saúde (RFS), a primeira intitulada Dossiê Aborto Inseguro¹⁷, e a segunda Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis¹⁸. Em dezembro de 2017 a RFS elaborou mais um texto sobre o assunto, apresentado ao Supremo Tribunal Federal (STF) como “memorial” em apoio a ação Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 442) proposta apresentada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), que reivindica a interrupção voluntária da gravidez como direito da mulher até a 12ª semana de gestação¹⁹.

Fazemos aqui um breve balanço do que foi alcançado, além de celebrar nossas pequenas vitórias e apontar os desafios redobrados do momento atual, que exigem muita disposição para atuar em favor do direito ao aborto, ampliando a sensibilidade social para essa demanda tão antiga entre as

15 E-mail: ligiacardieri@gmail.com. Curitiba/PR. Graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP), especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e em Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Servidora pública aposentada pela Secretaria de Saúde do Paraná (SESA PR). Coordenadora Executiva Nacional da Rede Feminista de Saúde e integrante do Conselho Diretivo da Rede de Saúde de Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMAC).

16 E-mail: leinaperes@gmail.com. Porto Alegre/RS. Mestra em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Saúde Pública Internacional pela Escola Nacional de Saúde/Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integrante da Rede Feminista de Saúde, Fórum de Aborto Legal Rio Grande do Sul, Grupo Impulsor da Frente Nacional contra a criminalização das mulheres e pela legalização do aborto e da Frente pela Legalização do Aborto do Rio Grande do Sul.

17 SORRENTINO, S. R. **Dossiê Aborto Inseguro**. Rede Feminista de Saúde, 2001. Disponível em: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_aborto-inseguro.pdf.

18 LEANDRO, A.; CARDIERI, L. **Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis**. Rede Feminista de Saúde. 2005. Disponível em: <https://redesaude.org.br/dossies-da-rede/>.

19 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Audiência Pública**: descriminalização do aborto. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dugDjoH-PYI>.

reivindicações feministas e que afeta a vida de milhares de mulheres todos os anos. Debater o tema onde for possível, com informação sólida e espaço para reflexão nos parece essencial para que a descriminalização social aconteça, abrindo caminho para as mudanças legais adiante.

Desde sua fundação, a RFS defende que o Estado laico brasileiro deve respeitar a autonomia das mulheres, cabendo apenas a elas a decisão sobre interromper ou não uma gestação. Em busca de uma legislação que respeite a decisão das mulheres sobre seu corpo e sua vida, e evite sofrimentos para milhares que realizam o aborto em condições inseguras, a RFS sempre atuou com outras entidades: integrou a Campanha do 28 de setembro, instituído como Dia pela descriminalização do Aborto na América Latina e Caribe desde 1993, as Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, criadas em 2004, apoiando e divulgando as várias edições do boletim Alerta Feminista, e atualmente compõe o grupo impulsor da articulação coletiva que se organizou em 2008 como a Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto²⁰ (Box 1).

BOX 1 – A FRENTE NACIONAL E O DOSSIÊ DE MULHERES CRIMINALIZADAS

A Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto (FNPLA), foi criada em 2008, em um processo de construção coletiva, em que participou a RFS. O ponto fundante foi o caso de criminalização de mulheres no estado do Mato Grosso do Sul, após invasão de uma clínica que supostamente fazia abortos, e em que 10 mil mulheres tiveram suas fichas médicas violadas. As profissionais que trabalhavam na clínica foram a júri popular e condenadas, e as mulheres, que supostamente praticaram aborto nesta clínica, foram condenadas a trabalho comunitário com grande cobertura da mídia. Então várias organizações decidem criar a Frente: além das feministas estão centrais sindicais, movimentos de estudantes, conselhos de categorias profissionais, setoriais de mulheres de partidos, com a visão estratégica de que a luta pela legalização do aborto precisa se ampliar e se enraizar na sociedade. Mais recentemente, desde 2020, a FNPLA se articulou com 13 frentes locais, em 12 estados do país, muitas constituídas em 2018, a partir da onda verde argentina, valendo-se dos variados meios de comunicação virtual.

Em 2015 a Frente publicou um dossiê sobre a criminalização das mulheres por aborto no período de 2007 a 2014, com relatos de 20 casos noticiados na imprensa e analisados por mulheres dos movimentos e

20 Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto. Disponível em: <https://frentelegalizacaoaborto.wordpress.com>.

da academia. O levantamento mostra o perfil das mulheres investigadas ou réis em processos judiciais, e revela que a criminalização não se resume à condenação da pessoa envolvida, mas inclui uma sequência de ações, muitas vezes ignoradas, que humilham e causam sofrimento a essas mulheres. Teve como objetivo desvelar os sentidos da criminalização das mulheres pela prática do aborto no Brasil do século XXI, uma realidade ainda desconhecida por muita gente e desacreditada por outras. Pretendia-se informar às pessoas que atuam nas redes sociais, em diferentes mídias e na imprensa, para que se imaginem no lugar dessas mulheres nos casos de abortamentos que noticiam e comentam. No momento a FNPLA realiza seu segundo Ciclo de Formação, iniciado em 2020, com a presença de integrantes da RFS, em que se debatem os temas de sua Plataforma de Ação, tendo em vista a realização de uma plenária presencial futura que possa consolidar a atualização deste documento.

O cenário atual, após as eleições gerais de 2018 para o Legislativo e Executivo Federal, é totalmente desfavorável a qualquer avanço em direitos humanos, e marcadamente contrário aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Há fortíssima e constante ação dos fundamentalistas para a retirada de direitos e para dificultar a aplicação do que já se tem assegurado em leis. Contexto absolutamente diferente do clima promissor que se vivia em fins de 2004, em que pela primeira vez o Governo Federal anunciava, pela voz da ministra Nilcéa Freire da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), a criação de uma Comissão Tripartite (executivo, legislativo e sociedade civil) destinada a rever a legislação restritiva e punitiva ao aborto, tendo em vista os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro nas Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) de Cairo (1994) e Beijing (1995) no sentido de garantir atenção humanizada ao aborto inseguro e rever as leis que punem o aborto provocado.

Sabemos que essas expectativas não se realizaram, mesmo com mulheres progressistas no Ministério da Mulher (MM) e em outros postos importantes. Houve passos significativos no Ministério da Saúde (MS) para estruturar melhor os serviços de aborto legal, apoio para pesquisas e realização de Fóruns interprofissionais sobre o tema, mas a descriminalização proposta em conferências das mulheres e no Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) não prosperou. A assinatura da “*Carta ao Povo de Deus*” em 2010 pela então candidata Dilma Roussef foi um passo atrás e teria significado uma “inflexão perigosa na relação entre religião e política no Brasil” e uma “capitulação ao realismo político” (MIGUEL, L. F. *apud* SENAPESCHI, E. *et al.*, 2021), já mostrando o poder crescente das forças conservadoras que elegeram muitos parlamentares em 2014 e respaldariam a vitória do candidato a presidente da extrema-direita em 2018.

2. Aborto: uma realidade que não pode ser negada

No Brasil as mulheres ainda não têm autonomia para decidir se desejam ou não a maternidade. Os métodos anticoncepcionais falham, nem todos estão disponíveis nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Há desconhecimento do corpo e do uso correto de muitos métodos por parte de mulheres com menor escolaridade, além da recusa ou pouca colaboração masculina para que a contracepção funcione a contento. Nas escolas ainda é uma raridade a educação sexual para crianças e adolescentes. E assim acontecem as inúmeras situações de gravidez indesejada. Uma parte delas leva à busca de interrupção da gestação porque as condições existenciais dessa mulher ou do casal, a situação vivida no momento, indicam a impossibilidade de assumir a maternidade. O tema é cercado de silêncio e negação, com pouca reflexão sobre o que significa para a vida de milhares de mulheres o enfrentamento desse momento, a tomada de decisão e a procura da solução incerta, insegura e, às vezes, com alto custo financeiro.

O aborto é um fato social generalizado e antigo, em todas as sociedades. Todos os anos há mulheres que buscam interromper uma gravidez não desejada. Leis proibitivas não têm impedido que isso aconteça, mas resultam em grande tensão, com criminalizações, sofrimentos e mortes de mulheres que fazem o aborto em condições inseguras. No cenário mundial pouco mais de 50 países (quase todos na Europa, além de EUA, China, Japão, Austrália e outros) já tem legislação que reconhece o direito de a mulher decidir pelo aborto, que é feito de forma segura nos serviços de saúde. Na maior parte da América Latina o aborto é admitido em poucas situações, mas há alguns países que não admitem o aborto nem mesmo em situações de estupro ou para salvar a vida da gestante, como El Salvador, Honduras, Nicarágua e República Dominicana. No Uruguai, em 2012, o procedimento, a pedido da mulher, foi legalizado até a 12ª semana, e na Argentina lei semelhante foi aprovada em dezembro de 2020 (Box 2).

BOX 2 – A ONDA VERDE NA ARGENTINA

Em fins de 2018 a Rede de Saúde de Mulheres Latino-americanas e do Caribe (RSMLAC), a qual se vincula a RFS, realizou em Buenos Aires o Encontro Intergeracional para debater o aborto. Houve relatos de companheiras de quase todos os países da América Latina e do Caribe quanto aos avanços e retrocessos nessa questão. A RFS estava presente com sua secretária executiva, que falou sobre a situação brasileira. Ao final, um painel atraiu todas as atenções: relatos do que sucedia ali na Argentina, com grande visibilidade dos lenços verdes em toda parte. A aprovação da Lei da Interrupção Voluntária da gestação (IVG) ou “embarazo” na Argentina, em dezembro de 2020, foi resultado de décadas de luta feminista, que se ampliou para outros movimentos de mulheres e da

juventude. As feministas do mundo se emocionaram com as ocupações massivas de espaços públicos que, não sem enfrentar opositores, foi capaz de promover uma verdadeira descriminalização social do aborto no país. Em 2005 foi criada a Campanha Nacional pelo Direito ao Aborto Legal Seguro e Gratuito, de alcance nacional, plural e democrática, que apresentou diversos projetos de lei para legalizar o aborto. Foram importantes as alianças negociadas, entre os vários partidos políticos e com outros movimentos sociais. O trabalho sistemático com profissionais de saúde e as estratégias feministas de informação e acesso ao aborto com medicamentos, além da vinculação com a campanha *Ni Una a Menos*. Em 2020, o Poder Executivo levou ao Congresso uma proposta de IVG vinculada à Lei dos 1.000 Dias, que garante assistência médica e proteção social às mulheres grávidas e aos dois primeiros anos de vida das crianças. Essas duas iniciativas legislativas associam a liberdade de decisão das mulheres com políticas de cuidado.

No Brasil o aborto é permitido em três situações: desde 1940 o Código Penal admite a realização de aborto, por decisão da mulher, se a gravidez coloca em risco a vida da gestante e em caso de estupro; e a partir de 2012 por decisão do STF, em julgamento da ADPF 54, o aborto passou a ser admitido também em caso de anencefalia do feto.

Há muita dificuldade em se ter dados consistentes sobre a prática do aborto induzido ou provocado, devido à criminalização. Com base em pesquisa que ouviu mulheres nas áreas urbanas de todo o país, com metodologia cuidadosa, de resposta sigilosa em urna, realizada em 2010 e repetida em 2016, pode-se afirmar que é grande o número de mulheres que interrompem a gestação. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA)²¹, entre 500 mil a 700 mil mulheres urbanas, todos os anos, recorrem ao aborto no país. Outras estimativas, citadas nos dois dossiês publicados da RFS, falavam em um milhão ou mais de abortos anuais. Na ilegalidade, com dificuldade para trocar ideias e buscar orientações corretas, milhares enfrentam constrangimentos, medo, sofrimentos e algumas, sempre as mais pobres e desinformadas, perdem também a vida, em decorrência dos procedimentos arriscados e inseguros a que se expõem.

3. Síntese dos documentos anteriores da RFS: de que tratam os dossiês?

As duas publicações anteriores da RFS trazem informes legais e aportes conceituais sobre o tema do aborto, o panorama na América Latina, assim

21 DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2016. p. 653-660.

como os posicionamentos da RFS frente ao momento político que se vivia. Ressaltam as dificuldades metodológicas para se quantificar o número de abortos induzidos no país, citam fontes e adotam caminhos para coletar dados e analisar as estatísticas provenientes dos registros de internamentos hospitalares para abortamento, no âmbito do SUS, e de dados de óbitos por aborto no Sistema de Informação de Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS), e de outros estudos localizados.

Apesar das limitações dos dados, como as falhas nos registros nas áreas mais distantes e rurais, e a impossibilidade de se acessar dados dos serviços privados e conveniados de saúde, algumas conclusões foram claras: todos os anos ocorre no país um grande número de gravidez não planejada, e parte delas é indesejada; o aborto induzido por decisão da mulher acontece em toda parte e com frequência, mesmo com os riscos da ilegalidade; o volume de internações para o procedimento (seja por aborto espontâneo ou provocado) mostrava uma tendência de queda; o procedimento até 2000 era realizado apenas por curetagem e a Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) começa a aparecer em 2000 e cresce em 2002; o valor pago anualmente pelo SUS já era considerável para custear as mais de 230 mil curetagens; os óbitos por aborto (espontâneo ou provocado) também apresentavam diminuição: foram 344 em 1980, 194 em 1990 e 115 em 2000, segundo o SIM/MS, representando a terceira ou quarta causa dentre os problemas que ocasionam a Morte Materna. Os estudos apontam ainda a maior probabilidade de morte para meninas e jovens, e para mulheres pobres e negras.

Ao final de cada publicação há complementações, como a relação de Proposições Legislativas que tramitavam no Congresso para restringir ou ampliar o acesso ao aborto; a lista dos serviços para atendimento ao aborto, por estado; resumo dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil nas diversas Conferências da ONU com relação aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, além de referências bibliográficas e endereços para consulta na internet. Destaque-se também dois textos anexos no Dossiê de 2005: um de Carla Rodrigues, que resume as propostas do livro *O Drama do Aborto: propostas para um Consenso*²² e outro com as recomendações do Relatório Final do IX Fórum Interprofissional: abortamento inseguro como forma de violência contra a mulher²³.

22 FAUNDES, A.; BARZELATTO, J. **O Drama do Aborto**: propostas para um Consenso. Campinas: Editora Komed, 2004.

23 FAUNDES, A. *et al.* **Relatório Final do IX Fórum Interprofissional**: abortamento inseguro como forma de violência contra a mulher. Guarulhos, 2004.

4. Internações por aborto

Na busca por estimar a ocorrência de abortos provocados no Brasil, os dois dossiês utilizavam as internações por diagnóstico e/ou por procedimento de aborto ocorridas na rede hospitalar do SUS, detalhando por estados e região, incluindo tanto os abortos espontâneos como os induzidos. No estudo de Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) aponta-se no período de 2008 a 2015 uma média anual de 212 mil internações por diagnóstico de aborto, com um custo para o SUS de 47 milhões de reais por ano. Tomando-se os dados por procedimento, sempre um pouco menores do que aqueles por diagnóstico, foram 208 mil internações por aborto em 2010 e 193 mil em 2015.

A tabela 1 mostra dados mais recentes: em 2019 foram 184 mil procedimentos por aborto no SUS em todo o país, comprovando-se um decréscimo de 23,2% em relação ao ano 2002, quando ocorreram pouco mais de 239 mil procedimentos. Entretanto, houve aumento nos procedimentos tanto na região Norte (19,7%) como na região Sul (6,2%), com diferença entre elas na taxa de abortamentos por Nascidos Vivos (NV), que é de 70% na região Norte e de 60% na região Sul. Somente estudos mais detalhados sobre os vários tipos de aborto em cada estado poderão trazer explicação sobre a grande variabilidade regional.

A hospitalização em queda pode significar menor número de abortos provocados, e talvez indique maior utilização e eficácia dos métodos anticoncepcionais, com menor número de gravidezes indesejadas. Outra hipótese é o maior acesso ao aborto farmacológico, com utilização em domicílio. As duas pesquisas de PNA já mencionadas referiam que 48% das mulheres entrevistadas realizou o aborto com medicamento, em casa, e que 2/3 delas em 2015 disseram ter procurado um hospital para finalizar o abortamento. Embora o medicamento Misoprostol (com nome comercial de Citotec) continue indisponível para venda em farmácias, ele é fabricado e comercializado no Brasil para uso hospitalar, como a droga de escolha para iniciar procedimentos de indução ao parto e ao aborto. Tornou-se mais conhecido nos últimos anos, divulgado e vendido através da internet, ou adquirido em pontos ilegais de comércio, trazido de outros países ou desviado de farmácias hospitalares. Uma outra droga para induzir o abortamento e parto é a Mifepristona (ou RU 486), que não é fabricada nem comercializada no Brasil.

Embora a curetagem ainda predomine nos procedimentos hospitalares, a AMIU se tornou um pouco mais frequente, com 8,4%, um aumento de cinco vezes comparado a 2002, quando era de apenas 1,3% no total de procedimentos. Nota-se que a região Centro-Oeste tem o mais alto índice de uso da AMIU, com 18,2%, e isso se deve aos serviços do Distrito Federal, em que mais de um terço dos abortamentos foi realizado por meio de AMIU, o

método recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Seu uso precisa ser intensificado em todos os serviços e isso requer que seja ensinado e praticado nas escolas de Medicina.

Tabela 1 – Abortamentos realizados por procedimentos de curetagem e AMIU em hospitais do SUS em 2002 e 2019, por regiões brasileiras, e taxa de abortamentos por mil nascidos vivos em 2019

Região	2002	2019	Comparação 2019/ 2002	Índice	2019Taxa p/mil NV
NORTE	18.354	21.983	+3.629	+19,7 %	70,1
% AMIU	1,1	9,7 %			
NORDESTE	85.935	62.905	- 23.030	- 26,8 %	78,1
% AMIU	2,2%	7,4%			
SUDESTE	100.317	62.798	- 37.519	- 37,4 %	56,9
% AMIU	0,3%	7,4%			
SUL	22.025	23.405	+ 1.380	+ 6,2 %	60,6
% AMIU	2,1%	7,2%			
C.OESTE	15.181	12.981	- 2.200	-14,5 %	53,8
% AMIU	0,9%	18,2%			
BRASIL	239.812	184.072	-55.740	- 23,2 %	64,6
% AMIU	1,3%	8,4%			
<i>n.AMIU</i>	3.034	15.498	+12.464	+ 410%	

Fonte: MS-Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) (elaboração da autora).

Desde os primeiros estudos até o momento é indiscutível que caem ano a ano as internações por aborto, e com isso caem também as estimativas dos abortos induzidos ou provocados no país. Valendo-se da metodologia de Guttmacher, falava-se em 750 mil a 1 milhão e 400 mil abortos no ano de 2001 (SORRENTINO, 2001), caindo para uma estimativa que varia de 677 mil a 865 mil abortos induzidos em 2013 (MADEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015). Aplicando aqui a mesma metodologia utilizada por eles, com 184 mil internações no SUS, a estimativa de abortos induzidos no Brasil em 2019 seria entre 460 mil a 604 mil, um número bastante próximo ao encontrado pela pesquisa amostral da PNA (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

5. Mortes por aborto

O aborto, de todos os tipos, representa uma das importantes causas de morte materna, com tendência declinante, ocupando o terceiro ou quarto lugar dentre as mortes obstétricas diretas. Exceto nos estados onde se faz investigação de todas as mortes de Mulheres em Idade Fértil (MIFs) e análise dos óbitos pelos

Comitês de Prevenção à Morte Materna, os registros das declarações de óbito muitas vezes deixam de apontar cerca de 40% dos casos de morte materna, subestimando a magnitude dessas mortes e dentre elas, o aborto. Para compensar esse problema, como se explica no texto específico desse tema, o MS estabelece um “fator de correção” para que se tenha um indicador mais consistente.

A tendência decrescente também ocorreu nas mortes por aborto: em 1979 eram 401 casos, em 1990 foram 194 e em 1998 caiu para 119, representando 6% das mortes maternas naquele ano e 3,58 mortes por 100 mil NV (nos EUA essa taxa era de 0,4 óbito materno por aborto, por 100 mil NV). No período de 2006 a 2015, Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) encontraram 770 óbitos maternos com causa básica de aborto no SIM, uma média de 77 óbitos por ano. Verificaram que a proporção de morte por aborto no conjunto das mortes maternas vinha decrescendo: era de 5,7% em 2006 e foi de 4,1% em 2015, com queda na maioria das regiões. Apenas o Centro-Oeste mostrou aumento importante, passando de 3,9% em 2006 para 6,1% em 2015.

Aqui vamos atualizar esses mesmos dados, como o estudo mencionado acima, observando-se o grupo de óbitos que tem como causa básica o aborto (CID 10, grupo O). Deixando de lado os códigos que nomeiam situações anormais de gravidez como a gravidez ectópica (cod.00), a mola hidatiforme (cod.01), outros produtos anormais (cod.02) e as complicações desses eventos (cód.08) pode-se acompanhar na tabela 2 os óbitos por aborto espontâneo e não espontâneo entre 2015 e 2019.

Tabela 2 – Óbitos por aborto no Brasil, por códigos da CID 10, de 2015 a 2019

Proced. aborto	Cod.	2015	2016	2017	2018	2019	total	%
Ab. espontâneo	3	16	11	23	24	10	84	
Razão méd. legal	4	3	1	1	2	-	7	
Sub-total (a)	-	(19)	(12)	(24)	(26)	(10)	(91)	(30,0)
Outros tipos ab.	5	5	15	5	8	5	38	
Ab. Não especif.	6	34	21	34	27	23	139	
Falha tent. Abort	7	14	8	5	7	5	39	
Sub-total (b)	--	(49)	(44)	(44)	(42)	(33)	(212)	(70,0)
Total		68	54	68	68	43	303	100,0

Fonte: Sim/Datasus/MS- elaboração da autora.

Os dados de 2015 a 2019 mostram o comportamento a cada ano dos óbitos causados por abortamento de vários tipos, e redução bem acentuada no ano de 2019. O óbito por aborto realizado por razões médico legais (que pode ser por risco de vida da gestante, por anencefalia fetal ou devido a gravidez por estupro) tem número muito baixo em todos os anos e não aparece em 2019. A

taxa de mortalidade por aborto em 2019 foi de 1,51 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e em 2018 foi de 2,31. Embora decrescente em relação a 1998 (era de 3,98) ainda está distante do valor observado nos EUA daquele ano, com 0,4.

Como o objetivo desse texto é quantificar os óbitos decorrentes de aborto provocado e realizado em condições inseguras, destacamos o subtotal (b), com as três linhas assinaladas em cinza (códigos 5, 6 e 7) que incluem abortos não especificados, outros tipos de aborto e falhas na tentativa: também se verifica um decréscimo desde 2015, com 49 casos, para 2019, com 33 casos prováveis de aborto induzido/inseguro. No conjunto do período de cinco anos, foram 212 óbitos de mulheres que teriam buscado abortar intencionalmente, correspondendo a 70% do total de óbitos por abortamento de todos os tipos. Fica evidente que o risco de se morrer por aborto é muito maior na situação de aborto provocado, em situação de ilegalidade como se dá no Brasil, do que no caso de abortos espontâneos. Certamente que a melhora na assistência pode contribuir para a redução de todas as mortes por aborto, mas enquanto persistir a ilegalidade do procedimento, o risco no abortamento será sempre maior para aquelas mulheres com menor renda, menor escolaridade, e sem acesso a serviços adequados. Para as mulheres de maior renda e com boa informação há clínicas ilegais, acesso a medicamentos importados e até mesmo viagens a outros países onde o aborto é legal. Em abril de 2019 um jornal brasileiro noticiou que, segundo o Ministério da Saúde de Portugal, 447 brasileiras tinham ido ao país em 2017 com essa finalidade²⁴, o que representou um aumento de 18% em relação ao ano anterior.

Analisando-se apenas o ano de 2019 com detalhamento pela característica raça/cor das mulheres que foram a óbito, verifica-se que dentre os 33 casos de morte por aborto que consideramos como “provocado”, 24 foram de mulheres pretas e pardas, o que corresponde a 72,7% dos casos, e nove foram de mulheres brancas. Assim como a mortalidade materna geral, por todas as causas, atinge mais as mulheres negras, o óbito materno devido ao aborto provocado também afeta mais intensamente a essas mesmas mulheres.

Estudos mais detalhados precisam continuar, com investigação de todas as MIFs em todos os estados brasileiros, e sistematização dos estudos de casos já realizados pelos Comitês, de forma a identificar cada etapa dessa perversa cadeia de eventos, que tem como causa estrutural o racismo, acompanhado da pobreza e desinformação das mulheres, e desigualdade de acesso a serviços de saúde. A formação criteriosa dos profissionais de saúde também é essencial tanto para o correto e completo preenchimento dos registros de óbito e internamento, como para que consigam acolher sem discriminação qualquer mulher que chegue no serviço em processo de abortamento, sem julgar ou

24 Número de brasileiras que abortam em Portugal sobe 18% em um ano. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/04/numero-de-brasileiras-que-abortam-em-portugal-sobe-18-em-um-ano.shtml>.

questionar se o processo foi espontâneo ou não. A ausência de discussão e reflexão sobre o tema do aborto nos cursos de Medicina e Enfermagem tem levado a situações de muita intolerância e violência em relação às mulheres que abortam, ocasionando sofrimentos e mortes evitáveis.

Importante mencionar, mais uma vez, que os números do SIM não esgotam a totalidade de mortes por aborto no país. Um óbito materno por aborto pode passar despercebido e ser registrado com outra causa, se não existir trabalho efetivo dos Comitês de Prevenção à Morte Materna em cada município. Além disso, em áreas mais distantes, com grandes extensões rurais e desprovidas de serviços de vigilância epidemiológica, podem ocorrer óbitos de mulheres, com sepultamento em cemitérios irregulares, sem qualquer registro em atestado de óbito. Estimamos, então, que a totalidade de óbitos de mulheres em decorrência de aborto provocado pode ser maior, mas não deve superar a uma centena de casos anuais.

Tabela 3 – Óbitos por aborto, em 2019, por códigos da CID 10, detalhados por raça/cor

Cod./proced.	Branca	Negra	Total
3 Ab.espontâneo	5	5	10
5 Out.tipos ab.	1	4	5
6 Ab. não espec.	7	16	23
7 Falha tent. ab.	1	4	5
Sub-t.	(9)	(24)	(33)
Total	14	29	43
	64,3%	82,7)	100,0

Fonte: MS/SIM- elaboração própria.

6. Serviços de Aborto Legal

O primeiro serviço público para atender casos de aborto para gravidez decorrente de estupro foi instalado em 1989 no Hospital Municipal do Jabaquara, na cidade de São Paulo. O Código Penal de 1940 já admitia essa possibilidade, mas na prática, nenhuma mulher teve a garantia desse direito durante 49 anos. Ano a ano novos serviços foram surgindo, em consequência da mobilização e da força dos movimentos de mulheres e do comprometimento de várias gestões do SUS com uma política mais integral de atenção à saúde das mulheres. Em 2001, já existiam 27 serviços em diversos estados, geralmente em Hospitais Universitários situados nas capitais.

Entre as tentativas para listar e divulgar todos os serviços há um levantamento realizado em 2018 pela Organização Não Governamental (ONG)

Artigo 19²⁵, com metodologia de checagem dupla, através de ligações telefônicas. Partiram de duas listagens: uma, do MS onde selecionaram 90 hospitais pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e outra, onde verificaram todos os hospitais que em 2017 apresentaram ao SUS procedimentos no código referente a esse tipo de aborto (CID 004). Consideraram apenas aqueles que tinham realizado pelo menos dois procedimentos, e ficaram com uma lista de 131 estabelecimentos. O relatório consta no documento Breve panorama sobre aborto legal e transparência no Brasil, publicado em 2018, além da elaboração do Mapa Aborto Legal²⁶⁻²⁷, onde se pode visualizar a localização dos serviços nos vários estados brasileiros. Apesar das imprecisões e críticas a esse mapa, a iniciativa foi importante e merece ser conhecida.

Entre abril e maio de 2020, já na pandemia de Covid-19, uma atualização dessa pesquisa foi feita com a parceria de duas outras ONG's, a Gênero e Número e AzMina, que voltaram a contatar os mesmos serviços que realizavam o aborto legal na etapa anterior. Foram considerados 76 serviços, verificando-se que 20 não mais realizavam o procedimento, 42 confirmaram o funcionamento e 14 não responderam às três tentativas de contato. Confirmamos que há serviços operando em outros locais que não constavam dessa atualização, como Paraná (quatro serviços), Pará (um na capital), Distrito Federal (um), Paraíba (um na capital), Rio de Janeiro (vários serviços municipais). No entanto, ainda há estados que não contam com um serviço sequer.

Esse é um tema que vem merecendo grande atenção dos movimentos feministas no país todo, devido aos números crescentes de estupro que todos os anos são divulgados, inclusive atingindo fortemente meninas e adolescentes. Ainda são poucas as pessoas que conhecem onde buscar ajuda em caso de violência sexual e a importância de se fazer uso dos medicamentos contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e da contracepção de emergência, que não é abortiva, nas primeiras 72 horas após a violência.

A pesquisa do Artigo 19 mostrou que na maioria dos sites oficiais de estados e capitais não há divulgação clara e acessível sobre a lista dos serviços, com endereço e horários de funcionamento. É papel de todas nós pressionar os gestores e gestoras para que a divulgação aconteça, tanto por meio digital como por meio de cartazes e folhetos, em todas as unidades de saúde. O Quadro 1 traz uma síntese dessa segunda fase do levantamento, mostrando os números e nomes dos hospitais e das maternidades em cada estado e cidade que oferece o atendimento aos casos de aborto previstos em lei.

25 Artigo 19. **Breve Panorama sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/wp-content/uploads/2019/03/AbortoLegaleTransparencia.pdf>.

26 Artigo 19. **Acesso à Informação e Aborto Legal**: mapeando desafios nos serviços de saúde. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2019/06/RelatorioAcessoInformacaoAbortoLegal.pdf>.

27 Artigo 19. **Mapa Aborto Legal**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/>.

Quadro 1 – Serviços de Aborto Legal em funcionamento entre abril/maio de 2020

Região	Estado	Serviços na Capital	Serviços No Interior	Total
Norte	Amazonas	Instituto Da Mulher D. Lindu	-----	1
	Tocantins	H.M.D.Regina Siqueira Campos	-----	1
Nordeste	Bahia	H.Estadual Da Mulher	H.Mun. Esaú Matos – Vit. Da Conquista	2
	Ceará	Mat.Escola Assis Chateaubriand H.Distrital G.M.Messejana	---	2
	Maranhão	H.U. Da Ufma	----	1
	Paraíba	Maternidade Cândida Vargas	I.Saúde.Elpídio De Almeida-Camp. Grande	1
	Pernambuco	H.Mulher Dra Mercês P.Cunha H.U. /Cisam	H.Dom Malan- Petrolina H.Prof. Agamenon Magalhães-S. Telhada	4
	Rio Gr. do Norte	H. Dr. José P. Bezerra	----	1
Sudeste	Minas Gerais	Mat. Odete Valadares H.Julia Kubitschek	H.U. Uberlândia H.São Sebastião – Viçosa H.U Clemente De Faria – Montes Claros	5
	Rio De Janeiro	Mat. Carmela Dutra Mat.Escola Ufrj H.Fernando Magalhães	H.Da Mulher Heloneida Studart- S.J.Meriti	4
	São Paulo	H.Mun.Fernando M.P. Da Rocha H.Mun.Tide Setúbal H.Mun. Dr.Carmino Caricchio H.Mun. E Mat. Prof.Mario Degni C.Ref.Saúde Mulher-perola Byington H.S.Paulo	Sta. Casa De São Carlos H.U.De Botucatu	8
Sul	Rio Gr. Do Sul	H.Clínicas/Hu H.Fêmina H.N.Sra Da Conceição	H.U.Canoas H. Geral – Caxias Do Sul	5
	Sta.Catarina	H.U Polydoro E.De S.Thiago	Mat. Darcy Vargas- Joinville H.Mun. Rth Cardoso- Bal. Camboriú	3
C.Oeste	Goiás	H.Belardino Correia	---	1
	Mato Grosso	H.U.Júlio Muller	Sta.Casa De Rondonópolis H.Reg. A.Sabin- Alta Floresta	3
	Mato Grosso Do Sul	H.U.Maria Ap. Pedrossian	----	1
Total		27	16	43

Fonte: Dados do levantamento realizado pelo Artigo 19 em 2018 e atualizado em 2020, em parceria com a Gênero e Número e a AzMina (elaboração da autora).

7. Principais avanços

Nascer e sobreviver em um país racista, misógino, patriarcal e elitista é se deparar todos os dias com as realidades desiguais, interseccionadas pelas diferentes dimensões sociais, e com a violação dos Direitos Humanos das mulheres. Ainda assim, as feministas brasileiras têm desenvolvido ações concretas para

tornar mais acessível e qualificar o atendimento às mulheres que buscam um aborto previsto em lei. A Rede Feminista de Saúde tem incidido fortemente no monitoramento e ampliação dos serviços de aborto previsto em lei e no debate pela legalização do aborto no Brasil, através da participação na Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto.

Em várias cidades do Brasil, as integrantes da entidade participam do controle social nos conselhos de direitos e conselhos de saúde, realizam debates, pronunciam-se em entrevistas e eventos, impulsionam frentes estaduais/locais, articulam fóruns regionais de serviços de aborto previsto em lei, como o Fórum Aborto Legal RS²⁸. Recentemente, construiu com outras organizações feministas, coletivos e conselhos profissionais o Fórum Intersetorial Brasileiro de Serviços de Aborto Previsto em Lei. Já na primeira reunião trouxe para a pauta a experiência do aborto por telemedicina, assunto no programa de podcast da RFS²⁹ e da edição número II do Boletim Futuro do Cuidado³⁰.

A disponibilidade e melhor divulgação da anticoncepção de emergência e de medicamentos abortivos eficazes foi, sem dúvida, um dos principais avanços nessa caminhada, trazendo mais segurança e tranquilidade para as mulheres que buscam o serviço de aborto legal, e possibilitando que muitas outras façam uso domiciliar, orientadas por dispositivos via digital.

Ao falar sobre o direito ao aborto, chamamos atenção para nossa existência como mulheres e pessoas com capacidade de gestar e abortar, desconstruindo o paradigma hegemônico da maternidade compulsória. Quando o debate sobre a legalização e a descriminalização do aborto alcança outras instâncias sociais para além dos movimentos feministas, essa desconstrução é ressignificada, e a defesa do direito ao aborto passa a ser percebida também como um posicionamento solidário com as inúmeras mulheres que abortam em situação de risco à sua integridade física, psíquica e mesmo à sua vida. Trata-se, portanto, de uma questão de saúde pública, de justiça social e de cidadania.

Nesse sentido, a audiência no STF sobre a ADPF 442 e o Festival pela Vida das Mulheres³¹, em 2018, foram importantes para ampliar a visibilidade do debate na sociedade. Ali nos fortalecemos como unidade feminista pela legalização do aborto, as mídias reverberaram a magnitude, dando maior visibilidade ao tema e novos coletivos feministas têm se formado por todo o Brasil. Apesar das ameaças dos últimos anos, também foram produzidos novos materiais bem fundamentados sobre o tema, como cartilhas, folhetos e manuais de redução de danos, todos disponíveis na internet. Bem significativa

28 Fórum Aborto Legal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://forumabortolegalrs.wixsite.com/site>.

29 Rede Feminista de Saúde. **Aborto Legal, Cuidado Essencial**. 2021. Disponível em: <https://redesaude.org.br/2021/03/28/aborto-legal-cuidado-essencial/>.

30 Nem Presa Nem Morta. **Boletim Futuro do Cuidado: Justiça Reprodutiva em Tempos de Pandemia** (número 2). 2020. Disponível em: <https://futurodocuidado.org.br/boletim/>.

31 Festival Pela Vida das Mulheres leva debate sobre maternidade segura para todo país. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.brasilefatorj.com.br/2019/05/30/festival-pela-vida-das-mulheres-leva-a-debate-sobre-maternidade-segura-para-todo-pais>.

igualmente foi o aparecimento de uma imprensa digital feminista, como o Portal Catarinas³², que vem tratando com cuidado e profundidade deste e de outros temas essenciais aos direitos sexuais e reprodutivos.

8. Retrocessos

Para as feministas, o debate atual sobre o aborto no Brasil apresenta-se carregado de equívocos e ambiguidades. A começar pela colocação da questão nos termos “ser contra ou a favor do aborto”, que revela, por um lado, uma grande simplificação do problema, do que significa ter uma gravidez indesejada, e, de outro, má fé em relação aos riscos que afetam sempre as mais pobres.

Na defesa da legalização do aborto a RFS propõe que se reflita sobre a questão fundamental: nós mulheres somos ou não capazes de decisão ética, temos direito ou não de decidir a partir de nós mesmas? E ainda considerar porque um Estado laico quer controlar nossos corpos, e insiste em impedir que a decisão da mulher seja respeitada em um tema que afeta tão diretamente sua saúde, sua vida presente e futura. A criminalização é ineficaz. A legalização do procedimento irá evitar sofrimento e morte para milhares de mulheres, e, por outro lado, respeitará todas as que querem prosseguir com a gravidez. Estaremos juntas, como já estamos, para exigir que o SUS atenda e cuide delas integralmente durante toda a gravidez, o parto e o pós-parto, e que a sociedade garanta condições dignas de vida para que todas possam criar seus filhos adequadamente.

Em setembro de 2020 o Alerta Feminista³³, quando nos somamos aos movimentos que lutam pela legalização e descriminalização do aborto em toda a América Latina, destacou o contexto brasileiro de associação entre política de aniquilação e controle de corpos indesejáveis, o desrespeito à dignidade da população negra e de mulheres violadas. A necropolítica do atual governo incentiva que modos de vida diversos e a pacificação do conviver sejam descartados, e que a função do estado é proteger apenas os “cidadãos de bem”.

O Brasil é um dos países que mais violenta e mata meninas e mulheres no mundo, sobretudo, negras e pobres. Complexidades que uma moral religiosa conservadora no Brasil e, crescentemente, fundamentalista, insiste em não ver e muito menos considerar. Não consideram que o aborto realizado em condições inseguras, pode matar, sendo um importante problema de saúde pública. Não consideram as múltiplas violências vividas, ao contrário, se tornam perpetradores/as. A criminalização do aborto é uma violência de Estado contra as mulheres, de um Estado historicamente racista, machista, misógino e elitista.

32 **Portal Catarinas**. Disponível em: <https://catarinas.info/>.

33 **Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto**. Alerta Feminista. 2020. Disponível em: <https://redesaude.org.br/fnpla/>.

É importante destacar que com a descriminalização e a legalização o que vamos ter é a ampliação dos direitos de nós, mulheres, e a obrigatoriedade do Estado, que é laico, em garantir. Se você é mulher ou possui um corpo que pode engravidar, poderá decidir sobre a maternidade de outra forma, não da forma compulsória que temos atualmente, da maternidade como o destino certo. Lemas do movimento feminista como *“a maternidade será desejada, ou não será: aborto livre!”*, *“gravidez forçada é tortura”*, *“educação sexual para decidir, contraceptivos para não engravidar, aborto legal para não morrer”* reverberam há décadas pelo mundo inteiro.

9. Considerações finais

A vitória das *“hermanas”* nos inspira, entretanto, vivemos contextos políticos e sociais bem diferentes. Apesar da Argentina ter uma forte incidência católica, o estado mantém-se numa perspectiva laica, resultado também de maior ativismo da sociedade civil durante décadas. Já no Brasil, vivemos uma investida religiosa conservadora no legislativo desde a Constituinte de 1988. Mais recentemente, tem crescido a ocupação religiosa por bancadas fundamentalistas no Congresso Nacional. O atual Poder Executivo tem investido fortemente na criminalização total do aborto no Brasil, inclusive com portarias que buscam dificultar o acesso ao aborto já permitido em lei.

A construção de um projeto democrático igualitário e que busque a justiça social não pode desconsiderar a luta pelos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Um país racista, patriarcal e desigual que não gosta de nós, mulheres, não é um país bom para quase ninguém viver. A criminalização do aborto pune todas as mulheres, ainda que em graus bastante diferentes, já que constitui mais uma face da perversa e crescente necropolítica do atual governo brasileiro que, de forma direta ou indireta, estabelece quem pode viver ou morrer neste país.

REFERÊNCIAS

ARTIGO 19. **Breve Panorama sobre Aborto Legal e Transparência no Brasil**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/wp-content/uploads/2019/03/AbortoLegaleTransparencia.pdf>.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cad. S.Pública**, v. 36, 2020.

CRUZ, C. **Entrevista publicada no Portal Catarinas**. Maio 2021.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. **Pesquisa Nacional do Aborto**, 2016. Artigo especial, p. 653-660. DOI: 1413-8123-csc-22-02-0653.pdf (scielo.br). Acesso em: 28 maio 2021.

FEBRASGO. **Diretrizes para o atendimento em violência sexual**: o papel da formação médica. Abr. 2021. N. 4.

LEANDRO, A.; CARDIERI, L. **Aborto**: mortes preveníveis e evitáveis. Dossiê da RFS, 2005.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de Aborto Legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 563-572, 2016.

MADEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DRESETT, J. Atualização das estimativas do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos, por faixa etária e grandes regiões. Brasil 1995 a 2013. **Reprod Clim**, v. 30, p. 11-8, 2015.

ROSAS, C. F.; PARO, H. B. M. S. **Serviços de Atenção ao Aborto Previsto em Lei**: desafios e agenda no Brasil. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) e Observatório de Sexualidade e Política (SPW). Distrito Federal, 2021. Disponível em: https://www.cfemea.org.br/images/stories/Texto_Cristiao_e_Helena_Final_26fev_1.pdf.

SORRENTINO, S. Aborto Inseguro. **Dossiê da RFS**, 2001.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CORPO-VOZ DE MULHERES

NEGRAS: a centralidade da reprodução

Maria Luísa Pereira de Oliveira³⁴
Vera Daisy Barcellos Costa³⁵

“A casa de Stefania, onde ela poderia levar uma verdadeira vida de mulher, uma verdadeira vida de mãe de família, era uma casa de palha trançada como uma cestaria, era o inzu. Em Ruanda, não há mais casas como a de Stefania hoje em dia...o inzu não é essa carcaça vazia, é uma casa cheia de vida, com risadas de criança, conversas alegres de moças jovens, histórias murmuradas à noite, rangido de pedra moendo os grãos de sorgo, barulhos de cerveja fermentando e, na entrada, a batida ritmada do pilão. Eu queria tanto que isso que escrevo nesta página fosse uma trilha que me levasse até a casa de Stefania” (Scholastique Mukasonga, A mulher de pés descalços, 2017).

1. Introdução

A Rede Feminista de Saúde chega aos seus trinta anos no momento em que experimentamos viver e sobreviver em meio à pandemia de Covid-19, descrita como a pior crise sanitária e humanitária de nossa história mais recente. Como celebrar a data em um cenário tão complexo? Estudos, pesquisas, ensaios, materiais de informação e jornalísticos distintos vêm apontando que a pandemia afeta a população de forma diversa e escancara as desigualdades estruturais pré-existentes a essa verdadeira catástrofe. Notas técnicas da Rede Brasileira de Mulheres Cientistas³⁶, durante todo o período pandêmico, cobram do Estado brasileiro, a função de proteção às populações vulneráveis, dizendo que “a brutalidade que atinge sistematicamente cidadãs e cidadãos negros expõe o racismo estrutural e a banalização da morte da população nas periferias das grandes cidades”. Não é preciso pensar muito para concluir que nós,

34 E-mail: marialuisa.tk@gmail.com. Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Doutoranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga Clínica e Hospitalar. Ativista do Movimento de Mulheres Negras Feministas. Associada da Rede Feminista de Saúde Regional Rio Grande do Sul.

35 E-mail: veradaisyb@gmail.com. Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Jornalista. Ativista do Movimento de Mulheres Negras Feministas. Coordenadora Adjunta da Rede Feminista de Saúde Regional Rio Grande do Sul.

36 Rede Brasileira de Mulheres Cientistas. Notas Técnicas. Disponível em: <https://mulherescientistas.org/notas-tecnicas/>.

mulheres negras, sofremos os efeitos nefastos na saúde de modo geral e sobre a saúde reprodutiva e índices de mortalidade materna, de forma específica.

Contudo, grandes crises também oferecem grandes oportunidades para reflexão, mudança e renascimento. Talvez aí esteja a chave para nossa comemoração de aniversário, renovar compromissos e atualizar estratégias e metodologias para nossas tantas lutas. Apostando no revigorar e no crescimento, lançamo-nos no desafio de pensar e tentar ensaiar, aqui, como a história das mulheres negras vem construindo um legado e aportando saberes nas agendas dos diversos movimentos sociais, em especial nas pautas dos movimentos de mulheres e movimentos feministas, mais especificamente, na constituição da noção de direitos reprodutivos. Não por acaso, a apresentação da “Rede”, como a costumamos chamar entre nós, a descreve como “uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo”³⁷, denotando a marca que mulheres negras vem inscrevendo na história desta articulação.

2. Mulheres negras e políticas reprodutivas: memória e história³⁸

A saúde reprodutiva da população negra representa um campo de produção de estudos e conhecimentos que, no Brasil, se constituiu a partir da confluência de duas áreas de estudos: a da saúde reprodutiva e a das relações raciais. Ao mesmo tempo, se constitui em um campo de produção teórica e de ação política.

Sabemos bem que as lutas empreendidas pelas mulheres negras que nos antecederam, por reconhecimento, defesa de direitos, cidadania, melhoria das condições de vida e saúde não é recente, remontando à chegada das primeiras africanas ao território brasileiro, vitimadas pelo sequestro e tráfico de pessoas produzidos pelo sistema colonial/escravista a partir do século XVI, especialmente (OLIVEIRA, 2015).

Na história de nosso país, estivemos presentes e fomos protagonistas na resistência à escravização em diferentes momentos dos movimentos abolicionistas. Notamos aqui, a elaboração da pensadora estadunidense, Angela Davis sobre o legado da escravidão como parâmetro para uma nova condição da mulher (DAVIS, 2016). A autora distingue que, aparentemente, o ponto de partida de qualquer exploração da vida das mulheres negras na escravidão seria uma avaliação de seu papel como trabalhadoras. E vai além, observando que, no sistema escravista, as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos pelo fato de serem mulheres, sendo a postura “dos

37 Rede Feminista de Saúde. Apresentação. Disponível em: <https://redesaude.org.br/institucional/>.

38 OLIVEIRA, Maria Luísa Pereira. **Mulheres Negras**: reprodução e políticas públicas. Seminário Internacional Fazendo Gênero 12. 2021.

senhores” em relação às escravizadas regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas. E a pensadora alerta:

Por isso, a capacidade reprodutiva das escravas passou a ser valorizada. Nas décadas que precederam a Guerra Civil, as mulheres negras passaram a ser cada vez mais avaliadas em função de sua fertilidade (ou da falta dela): aquela com potencial para ter dez, doze, catorze ou mais filhos era cobiçada como um verdadeiro tesouro. Mas isso não significa que, como mães, as mulheres negras gozassem de uma condição mais respeitável do que a que tinham como trabalhadoras. A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas (DAVIS, 2016, p. 19).

A pensadora também desconstrói a equivocada interpretação de que o padrão de estupros instituído durante a escravidão seria uma expressão dos impulsos sexuais dos homens brancos, reprimidos pelo espectro da feminilidade casta das mulheres brancas. E afirma que o estupro era uma arma de dominação e repressão com o objetivo oculto de aniquilar o desejo das escravizadas de resistir e, nesse processo, também desmoralizar seus companheiros (DAVIS, 2016). Entendemos que cabe referir, também, que mesmo nas absurdas condições para uma existência das mulheres no escravismo, a reprodução esteve presente nos contextos de resistência quando escravizadas escolhiam interromper a gestação, realizar o aborto para que suas filhas e filhos não vivessem na escravização e as filhas especialmente, sob a violência sexual.

Avançando na história, chegamos aos anos 1930 nos Estados Unidos, quando, segundo nossa mesma autora, o então chamado, movimento pelo controle da natalidade defendia a maternidade voluntária numa perspectiva essencialmente individualista e progressista das mulheres. Esta visão era limitada e estava rigidamente ligada ao estilo de vida das classes médias e da burguesia norte-americana. Segundo Davis (2016), o que era demandado para os privilegiados como um direito passou a ser interpretado como um dever para os pobres. Tanto que no ano de 1932 como resultado do desenvolvimento das ideias sobre eugenia, nos Estados Unidos, 26 estados tinham aprovado leis de esterilização compulsória que cirurgicamente impediram milhares de pessoas de se reproduzir por serem consideradas inaptas. Inclusive com a chancela de históricas representantes do movimento pelo controle da natalidade, que apoiaram através de um programa de rádio a esterilização compulsória de “imbecis, deficientes mentais, epiléticos, analfabetos, miseráveis, desempregados, criminosos, prostitutas e traficantes. No entendimento de que a principal

questão era gerar mais filhos dos capazes e gerar menos dos incapazes. Com este acontecimento, o movimento sucumbiu às ideias racistas e perdeu o seu potencial progressista. Para a população negra não estava colocado o direito individual ao controle da natalidade mas sim a estratégia racista do controle populacional (ROLAND, 1995).

Nos anos 1990, a reflexão desta experiência reverberou no Brasil pelas vozes de lideranças negras feministas como Édna Roland, Sueli Carneiro, Luiza Bairros e tantas outras que participaram do processo de preparação para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ou Conferência do Cairo, em 1994. Refletindo sobre a experiência norte-americana, buscavam elucidar possíveis diferenças entre a esterilização de mulheres negras e mulheres brancas.

As denúncias de que mulheres negras estariam sendo vítimas de esterilização cirúrgica em massa, durante as décadas de 1970 e 1980, com o objetivo de controlar a natalidade de nossa população, impulsionou fortemente a articulação do movimento de feministas negras brasileiras em torno da agenda da saúde reprodutiva (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012). Como acima referido, a mobilização para Cairo foi uma das ações fortalecedoras da constituição de uma identificação racial entre as ativistas, em meio a tantos debates e ações no campo da saúde reprodutiva da população negra, naquele momento, em nosso país (ROLAND, 1995).

As autoras referidas anteriormente, lembram que o ano de 1979 registra participação de mulheres negras no Encontro Nacional de Mulheres, realizado em março daquele ano. Diferentes estudos sobre representação e identidade no feminismo negro brasileiro demonstram que a relação das mulheres negras com o movimento feminista se estabelece mais formalmente a partir do III Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe (EFLAC), realizado no Brasil, em Bertioga (SP), no ano de 1985. Onde se destaca o momento de tensão emblemático com a chegada de mulheres negras não inscritas no Encontro e reivindicando dele participar. Os diversos questionamentos, levantados nesta oportunidade, originaram a realização do I e II Encontro Nacional de Mulheres Negras, respectivamente no ano de 1988, no Rio de Janeiro (RJ) e no ano de 1991 em Salvador (BA).

Daí em diante, surgiram coletivos e organizações com o objetivo de enfrentar as dificuldades pela conquista de espaço em uma sociedade marcada pelo sexismo e pelo racismo. Buscavam, principalmente, responder a necessidade de contemplar reivindicações e pautas que não eram consideradas no movimento social negro, de hegemonia masculina, e nem nos movimentos feministas que pretendiam abranger as reivindicações e agendas de todas as mulheres (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Segundo Caldwell (2000), a apresentação do Manifesto das Mulheres Negras, durante o Congresso de Mulheres Brasileiras, um pouco antes, em junho de 1975, marcou o reconhecimento formal de divisões raciais dentro do movimento feminista brasileiro. O manifesto destacou que as mulheres negras foram vítimas de práticas de violência e exploração sexual, desmascarando o quanto a dominação racial é marcada pelo gênero e a dominação de gênero é marcada pela raça.

Luiza Bairros (1995), avaliando o cenário nacional à época, entende que, se por um lado, a proximidade do movimento de mulheres negras com o movimento feminista, dito “hegemônico” apresentou e, ainda hoje apresenta, conflitos quanto a demandas prioritárias, por outro, o feminismo oportunizou sustentação teórica e político-prática para as organizações das mulheres negras. Essas organizações, de todas as regiões do país, nos anos 1980 passaram a intervir no cenário nacional. Momento em que o feminismo vive também uma fase de institucionalização, com a formação das organizações que estiveram presentes nos encontros e seminários nacionais realizados até a década de 1990. Atenta, participando e pensando sobre o cenário sucintamente referido, Lélia Gonzales emite sua crítica ao reivindicar um feminismo Afro-Latino-Americano, apontando que para “amefricanas” do Brasil e de outros países da região, assim como para as ameríndias, a conscientização da opressão ocorre, antes de qualquer coisa, pelo racial.

Exploração de classe e discriminação racial constituem os elementos básicos da luta comum de homens e mulheres pertencentes a uma etnia subordinada” (GONZALES, 2018, p. 314). Nossa pensadora brasileira se aproxima de Angela Davis ao formular que foi dentro da comunidade escravizada que se desenvolveram formas político-culturais de resistência que hoje nos permitem continuar uma luta plurissecular de libertação (GONZALES, 2018).

O pensamento e as ações dessas mulheres vêm produzindo efeitos nos diferentes espaços em que circulam e na produção de novas teorias, tornando possível chegar a pesquisas contemporâneas e pensadoras em atividade, a exemplo do estudo de Sueli Carneiro (2005) que, inspirada em Michel Foucault, articula os conceitos de dispositivo e biopoder para apreender e analisar a dinâmica das relações raciais com a elaboração do conceito de dispositivo da racialidade/biopoder.

Conforme a Carneiro (2005), o dispositivo da racialidade demarca o estatuto humano como sinônimo de branca e redefine todas as demais dimensões humanas, hierarquizando-as segundo sua proximidade ou distanciamento deste estatuto. Para explicar como se materializa a operação do dispositivo da racialidade, a autora traz exemplos, entre outros, da área da saúde sexual e reprodutiva das mulheres através de registros das estatísticas oficiais brasileiras. Demonstra que as taxas de mortalidade materna, 98% evitáveis, segundo

a Organização Mundial da Saúde (OMS) são significativamente mais elevadas entre as mulheres pretas e pardas e que a indicação de histerectomia (retirada do útero, portanto esterilização) é o primeiro tratamento indicado para estas mulheres em casos de miomatose uterina, enquanto alternativas medicamentosas são primeiramente prescritas para mulheres brancas.

Nos anos 1980, vivemos o chamado processo de redemocratização do país e, estimulado pela agenda internacional, assistimos internamente, o surgimento do primeiro órgão de governo destinado a atuar na promoção dos direitos das mulheres: o Conselho Estadual da Condição Feminina, de São Paulo. Nesse período, o tema da saúde ganha destaque entre as feministas, que articulam a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), primeiro programa governamental direcionado ao atendimento das mulheres brasileiras na perspectiva da saúde integral, voltado para o planejamento familiar e a saúde reprodutiva. De acordo com essa perspectiva, as mulheres deveriam ter acesso, pelo serviço público, a informações sobre o funcionamento do seu próprio corpo, incluindo métodos contraceptivos e exames ginecológicos e preventivos de doenças como o câncer.

Foi no seio deste movimento que ativistas negras questionaram a ausência da temática racial no movimento e, durante o já referido III EFLAC, apresentaram suas demandas relativas ao enfrentamento da violência doméstica, às práticas racistas no mercado de trabalho e, principalmente, a assuntos relativos à saúde, como mortalidade materna e saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras. A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, em 1995, foi igualmente um agente catalisador desse processo, sendo um cenário importante para a atuação das mulheres negras. Ressaltamos que a dimensão racial foi incluída na Declaração Final e na Plataforma de Ação dessa Conferência.

Outro fator relevante para o ativismo das feministas negras no campo da saúde reprodutiva foram as pesquisas realizadas pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) sob a liderança da profa. Elza Berquó, por ocasião da pesquisa Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira. Tais trabalhos estavam inseridos em um contexto de crescente produção de dados quantitativos a respeito das desigualdades raciais existentes no país, a exemplo dos estudos dos sociólogos Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle Silva. Os estudos do NEPO versavam sobre crescimento populacional, mortalidade, nupcialidade e fecundidade das mulheres brasileiras, no período compreendido entre 1940 e 1980, a partir do critério diferencial da cor.

Retornando às denúncias de esterilização em massa, pensamos em outra questão que provocou significativo embate entre militantes do movimento negro e ativistas negras feministas, especialmente entre as integrantes do Programa de Saúde da ONG paulista Geledés – Instituto da Mulher Negra

e as ativistas do Movimento Negro Unificado (MNU), de Belo Horizonte (MG). Estes últimos, criticaram o procedimento da esterilização cirúrgica por entenderem que a reprodução também se constituiria numa espécie de “tarefa política” das mulheres negras. Em contraposição, e aprofundando o debate, as feministas negras afirmavam que a questão dos direitos reprodutivos deveria ser analisada, levando-se em consideração as necessidades e os desejos das mulheres negras. Uma das pautas de reivindicação das ativistas negras era a regulamentação da prática da esterilização cirúrgica para que essa não fosse exercida sem controle e de forma abusiva (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Assim, o feminismo negro brasileiro foi sendo consolidado com o surgimento de Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas para o combate à violência doméstica e à discriminação racial e para os cuidados no âmbito da saúde reprodutiva. Dessa forma conseguiram articular a instalação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), destinada a investigar a incidência da esterilização em massa de mulheres, com objetivo de controlar a natalidade do segmento de mulheres pretas e pardas, com o objetivo de reduzir quantitativamente a população negra brasileira. A, então, deputada federal Benedita da Silva do Partido dos Trabalhadores (PT-RJ) apresentou requerimento para instalação da comissão que registrou em seu relatório final que não havia uma política voltada à saúde da mulher no Brasil. As agências controlistas internacionais forneciam recursos financeiros às nacionais como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEM-FAM) e o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMEC), e o Estado não definiu critérios para a prática da esterilização no país. O relatório também diz que os membros da CPMI não confirmaram a tese defendida pelos movimentos sociais negros de que a esterilização cirúrgica foi direcionada às mulheres negras na década de 1980 com o objetivo de controlar a natalidade desse grupo populacional no Brasil. No entanto, concorda com o fato de que não havia até aquele período estatísticas oficiais satisfatórias que desagregaram por raça os aspectos relacionados à saúde da população brasileira.

As discussões promovidas pela CPMI levaram à proposta de criação de um Projeto de Lei específico para normatizar e conter o uso abusivo da esterilização cirúrgica no Brasil. Esse projeto serviu de base para a Lei do Planejamento Familiar n. 9.263, criada em janeiro de 1996, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, que estabeleceu que a esterilização cirúrgica só pode ser realizada em mulheres com idade mínima de 25 anos ou que tiverem pelo menos dois filhos.

Aqui, respeitosamente, pedimos licença para falar brevemente em outra aniversariante: A III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação

Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, ocorrida de 31 de agosto a 8 de setembro em Durban, na África do Sul. A conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) conhecida como Conferência de Durban, completa 20 anos. Aproveitamos para assinalar a constituição da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), cujo protagonismo na organização e no processo preparatório para participação de ativistas negras na própria conferência e nas conferências preparatórias que antecederam, possibilitou participação articulada e reconhecida. Mary Robinson, Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, manifestou, na conferência, que “as mulheres negras fizeram a diferença” (WERNECK, 2002). As ativistas negras tiveram expressiva atuação durante a Conferência e na articulação para formulação e implementação de políticas da saúde da população negra, no retorno ao Brasil.

3. Mulheres negras e políticas reprodutivas: contexto recente e atual

Aproximando nosso cenário local, chegamos ao ano de 2006, no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, trazendo o que ficou conhecido como o Caso dos Implantes Hormonais. Intensamente saudado e veiculado na mídia, as notícias encobriam uma política de controle reprodutivo através de parceria público-privada, inadequada em diversos aspectos. Adolescentes entre as concentrações populacionais mais pobres da capital do estado do RS, em sua grande maioria negras, foram cadastradas pela rede pública de saúde para colocação de implantes contraceptivos hormonais subcutâneos. O caso dos implantes foi alvo de intensa mobilização social e foi obtida a reversão do programa de implantes e o reposicionamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre como órgão deliberativo da política de saúde (NEGRÃO, 2009).

Em junho de 2018, também em Porto Alegre, encontramos a pactuação de um Termo de Cooperação assinado entre Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (MP/RS), Município de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a Bayer S/A, para disponibilizar a adolescentes do programa de acolhimento institucional, a inserção do contraceptivo “DIU ativo” (Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel SIU-LGN, 20 mcg). O que é passível de muitos questionamentos quanto à liberdade de escolha dessas adolescentes.

Constatamos, ainda, outras ofensivas no mesmo campo quando vimos a aprovação da Portaria n. 13, de 19 de abril de 2021, do Ministério da Saúde³⁹,

39 Ministério da Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria SCTIE/MS n. 13, de 19 de abril de 2021.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219>.

que incorpora ao Sistema Único de Saúde (SUS) o implante subdérmico de etonogestrel, como forma de prevenir gravidez não desejada, apenas, em alguns grupos de mulheres específicos. E quando assistimos em diferentes locais do território nacional, mulheres em situação de rua a serem compulsoriamente separadas de seus bebês, já no momento do nascimento. Ainda sobre a referida portaria, em recente Audiência Pública, em 16 de julho de 2021, representantes da sociedade civil organizada a classificaram de eugênica e discriminatória, enquanto representantes do Ministério da Saúde apontaram limitações orçamentárias para estender a medida a todas as mulheres em idade fértil⁴⁰.

4. Precisamos falar em raça para compreender como opera o racismo?

Na breve memória trazida aqui, percebemos que as políticas públicas não são tratadas no que se referem aos determinantes raciais, isto é, nenhuma das políticas contém, em sua formulação, referências específicas às mulheres negras. No entanto, um olhar mais cuidadoso facilmente identifica o pertencimento racial como um dos indicadores sobre quais mulheres incidem tais políticas.

A pesquisadora estadunidense, Kimberlé Crenshaw, propõe um modelo para identificação das várias formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações. A autora, no documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero, apresenta a perspectiva da interseccionalidade. Dessa forma, demonstra que, seguidamente, mulheres subalternizadas são invisibilizadas, gerando um duplo problema, superinclusão ou subinclusão, dependendo de como os problemas são categorizados, como manifestações da subordinação de gênero de mulheres ou da subordinação racial de determinados grupos (CRENSHAW, 2000, p. 174).

Tal entendimento, dialoga com Sueli Carneiro, quando diz que a identidade de gênero não se desdobra em solidariedade racial intragênero, fazendo com que mulheres negras enfrentem no interior do próprio movimento feminista, as contradições e as desigualdades que o racismo e a discriminação racial produzem entre as mulheres, particularmente entre negras e brancas no Brasil (CARNEIRO, 2018, p. 200). Nossa pensadora nos ajuda a compreender como a noção de raça, como constructo social, e o racismo determinam os impactos das políticas públicas na saúde reprodutiva de mulheres negras, bem como

40 Câmara dos Deputados. **Portaria que incorpora implante contraceptivo ao SUS recebe críticas em audiência.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/786821-portaria-que-incorpora-implante-contraceptivo-ao-sus-recebe-criticas-em-audiencia/>.

o acesso a direitos reprodutivos. No campo de investigação da mortalidade materna, outro indicador relevante da saúde reprodutiva e do próprio desenvolvimento de uma sociedade, Alaerte Leandro Martins, doutora em Saúde Pública, no início dos anos 2000 já alertava para a falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista, o que provocava “espanto” quando se mencionava a Saúde da Mulher Negra (MARTINS, 2006). Naquela época, a pesquisadora apresentou uma revisão de estudos que relacionam os coeficientes de mortalidade materna por raça/cor no Brasil.

5. Considerações finais: para seguir pensando

Encaminhando-nos para a conclusão, retomamos a reflexão sobre como as relações entre raça/racismo, feminismos e políticas de reprodução vem se produzindo ao longo da história e se atualizando de acordo com as exigências dos diferentes momentos políticos. Entendemos que nossa discussão aqui, além de demonstrar a dura realidade historicamente vivenciada por mulheres negras, também traz consigo potência para o engendramento de estratégias de resistência e enfrentamento.

Para tanto, trazemos para o nosso diálogo a noção de Justiça Reprodutiva, acreditando que representa um avanço em relação aos conceitos de direitos e saúde reprodutiva pois integra, esta última, à justiça social, levando em conta às iniquidades e disparidades sociais das mulheres negras e outras mulheres vulnerabilizadas. Apesar de o conceito ter surgido logo após à Conferência do Cairo, 1994, somente se popularizou em 2003, após Conferência Sister Song, de acordo com Loretta Ross, coordenadora nacional do SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective/Coletivo SisterSong de Justiça Reprodutiva para Mulheres de Cor⁴¹, conforme nos lembra Rayane Noronha (2016). Segundo a pesquisadora, o conceito de Justiça Reprodutiva considera as diferentes mulheres e as suas diferentes formas de acesso às políticas, centrando-se numa perspectiva de autonomia articulada à coletividade, às afiliações e às subjetividades presentes na vida da diversidade de mulheres existentes. O que se distancia de uma autonomia de caráter liberal preconizada pelos países denominados “desenvolvidos” (NORONHA, 2016). Nessa mesma perspectiva, outras pesquisadoras negras brasileiras como Fernanda Lopes, Raquel Souza, Emanuelle Góes, também vem trabalhando, no sentido de contemplar mulheres negras, postulando que o exercício da Justiça Reprodutiva pressupõe uma condição de justiça nos demais aspectos de acesso

41 Coletivo SisterSong de Justiça Reprodutiva para Mulheres de Cor. Disponível em: <https://www.sistersong.net>.

a bens e direitos de saúde e em geral. Indo muito além de uma possibilidade de decisão individual.

Convidamos, também, para o diálogo, a noção de Bem Viver, trabalhada no processo de construção da Marcha das Mulheres Negras em 2015 e no conteúdo da carta entregue ao Estado brasileiro na ocasião dessa importante mobilização:

Do Bem Viver emerge um novo código sociopolítico em que a justiça, a equidade, a solidariedade, o bem-estar são valores inegociáveis consolidados pelas múltiplas vozes que coabitam o planeta e que devem decidir conjuntamente os destinos da sociedade. Nossa concepção de Bem Viver é incompatível com o capitalismo racista patriarcal excludente, que nos engessa em espaços sociais de exploração, subalternidade e marginalidade, e que associa qualidade de vida a consumo (Marcha contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver. Documento Analítico e Declaração. Brasília, nov. 2015).

Reconhecemos e reafirmamos a importância e a atualidade desta agenda, bem como a necessidade de sua articulação com outros debates contemporâneos, o que dá sentido e demanda o comprometimento de todas as ações políticas. Por todas as exposições levantadas aqui, consideramos que fica evidente que a reprodução vem ocupando lugar de centralidade e atravessando nossa existência desde o período colonial/escravista até os tempos contemporâneos e na vivência da pandemia de Covid-19. Em entrevista recente, Emanuelle Goés denuncia o que chama de tirania do urgente:

Há baixa na produção de métodos contraceptivos, baixa na produção de medicamentos para HIV, tuberculose, baixa produção de camisinha. O serviço de pré-natal fecha porta, assim como o serviço de aborto legal. É justo que o profissional de saúde priorize o atendimento de pacientes com Covid-19, mas vemos todo um desmonte nas outras questões que não deixam de existir (GOÉS, 2021)⁴².

Encerramos trazendo o discurso de Jurema Werneck, em seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19, em 23 de junho de 2021, quando ressaltou o peso das desigualdades estruturais nas mortes por coronavírus, dizendo que “as principais vítimas da doença eram negras, indígenas, pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade”. Entendemos que suas palavras podem, e devem ser transportadas para nossa discussão quando diz que:

42 Pública: Agência de Jornalismo Investigativo. Aborto inseguro é das principais causas de morte materna e mulheres negras sofrem mais. 28 de maio de 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/05/aborto-inseguro-e-das-principais-causas-de-morte-materna-e-mulheres-negras-sofrem-mais/>.

A injustiça está demonstrada e, mais do que isso, já sabíamos, antes da pandemia, que existiam populações mais vulneráveis do que outras, porque a desigualdade é vulnerabilidade. É nessas populações que estão as mais altas taxas de morte por qualquer coisa no Brasil (WERNECK, 2021)⁴³.

Ressalta a médica, que fazer algo para o enfrentamento desse cenário, “Era obrigação, não era questão de opinião” (WERNECK, 2021). Assim, cumpramos nossa obrigação!

43 'Era obrigação, não era questão de opinião', diz pesquisadora à CPI sobre falta de estratégia nacional contra a Covid. **G1**, 24 jun. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/cpi-da-covid/noticia/2021/06/24/era-obrigacao-nao-era-questao-de-opinioao-diz-pesquisadora-a-cpi-sobre-falta-de-estrategia-nacional-contra-a-covid.ghtml>.

REFERÊNCIAS

BAIROS, Luiza. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 458-463, 1995.

CALDWELL, Kia Lilly. Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 2, 2000.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. 339 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em Movimento. *In*: CARNEIRO, Sueli. **Escritos de uma vida**. Belo Horizonte: Letramento, 2018. p. 195-217.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 20 set. 2018.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 133-151, Apr. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100008&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 8 Oct. 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

GOES, Emanuelle. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2018. 105 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GONZALES, Lélia. Por um feminismo afrolatinoamericano. *In*: PRIMAVERA para rosas negras. São Paulo: Filhos da África, 2018. p. 307-320.

MARCHA contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver – Documento Analítico e Declaração. Brasília, nov. 2015. Paper.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.

NEGRAO, Telia. Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 164-176, May 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 Oct. 2018.

NORONHA, Rayane. **Por que a justiça reprodutiva é relevante para a luta pelo fim da violência contra as mulheres?** Disponível em: <https://caterinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>.

OLIVEIRA, Maria L. P. de. Movimento de Mulheres Negras. In: FLEURY, Elizabeth; MENEGHEL, Stela (org.). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

ROLAND, Édna. Direitos Reprodutivos e racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, 1995.

WERNECK, Jurema. ‘Era obrigação, não era questão de opinião’, diz pesquisadora à CPI sobre falta de estratégia nacional contra a Covid. **G1**, 24 jun. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/cpi-da-covid/noticia/2021/06/24/era-obrigacao-nao-era-questao-de-opinioao-diz-pesquisadora-a-cpi-sobre-falta-de-estrategia-nacional-contra--a-covid.ghtml>.

WERNECK, Jurema. **O dia seguinte: a conferência mundial contra o racismo e suas consequências**. Disponível em: <https://www.social.org.br/relatorio2002/relatorio028.htm>.

MULHERES, HIV/AIDS E A REDE FEMINISTA DE SAÚDE

Claudia Santamarina⁴⁴

Juçara Portugal Santiago⁴⁵

Maria do Espírito Santos Tavares⁴⁶

1. Introdução

É uma honra para nós contribuirmos com a memória da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) em seus trinta anos de existência, especialmente, nesse momento, em que a conjuntura política nos desafia a nos mantermos aguerridas na resistência contra quaisquer retrocessos em nossas conquistas no campo da saúde e em torno dos direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos – entre eles, o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico oportuno e ao cuidado em saúde para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids). Precisamos manter nossa determinação em fortalecer os movimentos feministas e de mulheres, em todas as suas diversidades, nos âmbitos local, regional, nacional e internacional, de modo que nós, mulheres, nos fortalecemos individualmente e coletivamente, e que tenhamos cada vez mais protagonismo na construção das políticas públicas junto aos governos, sociedade civil e todos os segmentos da sociedade, que efetivamente atendam às nossas necessidades, garantindo o espaço de controle social para monitorar e avaliar o cumprimento das políticas públicas pelos governos e o respeito aos protocolos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Decidimos compor esse relato de experiência, apresentando marcos de nossas trajetórias em defesa de direitos das mulheres e junto à RFS, recuperando momentos da incidência política das mulheres em defesa do direito à saúde. Para isso, demarcamos três momentos históricos relacionados à garantia de direitos de mulheres vivendo com HIV/Aids à saúde integral e de qualidade. O primeiro, situado no cenário da própria fundação da RFS, se entrelaça à

44 E-mail: claufcost@gmail.com. Rio de Janeiro/RJ. Psicóloga. Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestra em Psicologia Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

45 E-mail: jucaraportugal@yahoo.com.br. Rio de Janeiro/RJ. Membro do Colegiado Nacional da Rede Feminista de Saúde e Ativista Independente do Segmento Mulheres Vivendo com HIV/Aids no Brasil.

46 E-mail: santinhatavares20111@gmail.com. Rio de Janeiro/RJ. Médica. Mestra em Medicina Social e Preventiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Presidente do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro.

trajetória da médica Maria do Espírito Santo Tavares, a Santinha, atualmente titular da Regional Rio de Janeiro da RFS, e aponta o início da luta em defesa de ações governamentais dedicadas à saúde integral da mulher. Em seguida, abordamos a mobilização do debate sobre a pauta da feminização do HIV/aids e as ações da RFS para dar visibilidades às demandas de mulheres vivendo com HIV/aids, com as contribuições de Juçara Portugal Santiago, ativista independente do segmento de mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil e suplente da Regional Rio de Janeiro da RFS. Por último, destacamos as pautas e reivindicações atuais para que direitos conquistados sejam respeitados e que avancemos na proposição de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde das próprias mulheres, entendendo que é necessário tratarmos da transversalidade do racismo, da lgbtfobia e da sorofobia no cotidiano de mulheres que se reconhecem como tal, sejam elas cisgênero, transgênero ou travesti, vivendo com HIV/Aids, especialmente as mulheres negras, que têm demonstrado serem grupos muito vulnerabilizados por toda sorte de violências às quais permanecem submetidas, como têm sido observado por Claudia Santamarina, psicóloga e membro da RFS da Regional Rio de Janeiro, em suas práticas de trabalho e pesquisa acadêmica em Saúde Coletiva, Saúde da Mulher e IST/HIV/Aids.

2. Tornando a saúde da mulher uma pauta política

As transformações culturais da década de 70 e os conflitos políticos desencadeados pela ditadura civil-militar foram motores para uma forte retomada do movimento feminista brasileiro.

Em 1972, o congresso promovido pelo Conselho Nacional da Mulher, liderado pela advogada Romy Medeiros, e as primeiras reuniões de grupos de mulheres em São Paulo e no Rio de Janeiro, de caráter quase privado, marcaram uma transição bem delimitada entre um feminismo inspirado no hemisfério Norte e um novo feminismo que começou a enfrentar questões muito peculiares no panorama brasileiro da época, que fixava a saúde da mulher à relação materno-infantil e à anticoncepção, esta última muitas vezes traduzida em controle de natalidade ilegal por meio da esterilização abusiva de mulheres negras, indígenas e pobres (BERQUÓ, 1989; ROLAND, 1995; SOUZA, 2007). Lembra Santinha:

Foi um momento muito complicado. Eu briguei com N pessoas das BEM-FAM⁴⁷ da vida. Eu fui ao Programa do Jô Soares para fazer uma crítica ao doutor Elsimar Coutinho, defensor do controle da natalidade. Esse médico,

47 Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.

Elsimar Coutinho, era considerado um cientista mas, ele era, antes de mais nada, queria enfatizar, um eugenista. Era uma proposta governamental, do governo da época, mas era uma proposta, antes de mais nada, vinda do governo dos Estados Unidos: “Acaba com a mulherada pobre do Brasil, acaba com a mulherada negra, acaba com a mulherada da periferia. Não deixa ter filho. Era o controle do nosso útero”. Foi muito triste porque até algumas pessoas de cabeça feita, mas adversárias, do Norte e Nordeste do país, diziam que lá era o foco... eu acho que eles estão certos (TAVARES, 2021).

Entre os eventos que marcaram publicamente a entrada das mulheres na esfera pública, dois se destacam: a decretação do Ano Internacional da Mulher, pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1975, e seu evento de comemoração, realizado no Rio de Janeiro, sob o título “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”.

Organizado com base em encontros informais, de caráter quase privado, mulheres se reuniram, buscaram o patrocínio da ONU e montaram o que viria a se tornar um marco na história do feminismo no país. Santinha, ativista potente, filiada ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), era uma dessas mulheres. Como resultado do evento, foi criado o Centro da Mulher Brasileira, primeira entidade feminista institucionalizada no Brasil, responsável por articular ações coletivas feministas. Seu centro de estudos promoveu grandes seminários e grandes discussões e pesquisas sobre a condição da mulher. Santinha Tavares recorda um pouco dessa história:

Eu conheci pessoalmente a Zuleika de Alembert, comunista antiga, que morava na França. E, aí, eu queria saber o que era feminismo, as bases, etc. Eu era do Partido Comunista, certo? E, quando a Zuleika de Alembert chegou no Brasil, a primeira pessoa que ela procurou fui eu [...]. Então, a gente começou a trabalhar essa questão do comunismo e feminismo nesse processo. Aí, rolou uma coisa interessante, que o Partido Comunista, certo, que eu era filiada e acreditava, e acredito até hoje no comunismo, não no partido em si... Aí, eu fui discutir com eles para que fosse trabalhada a questão da mulher, do feminismo dentro do partido... e, aí, rolou uma questão que, era do momento, hoje, eu não critico, eles disseram: – Nós temos coisa mais importante agora, Santinha. Nós temos que fazer uma revolução no Brasil. E fizeram todo o discurso... Mas, nós vamos trabalhar a questão em outro momento. Aí, eu vi que ali não se trabalharia a questão da mulher naquele momento. Apesar disso, as bases do PCB atuavam na questão da mulher. E eu me juntei com outras pessoas que estavam trabalhando o feminismo, chegando do exterior, algumas mulheres, a Jacqueline Pitanguy, a Branca Moreira Alves, Leila Linhares, Hildete Pereira e outras, e a gente começou a se encontrar. E, nesse encontro nosso, a gente viu

que, no Estado do Rio de Janeiro, a gente não tinha um espaço nosso, onde a gente pudesse sentar uma vez por semana, se conhecer, discutir mais o feminismo, a mulher na sociedade brasileira. E, aí, nasceu a ideia do Centro da Mulher Brasileira (TAVARES, 2021).

A primeira entidade feminista teve um peso muito grande. Ninguém sabia bem o quê que era. Ninguém sabia bem como encaminhar. A gente só sabia que queria ouvir outras mulheres, conhecer outras mulheres e, aí, esse Centro da Mulher Brasileira começou e foi formalizado na ABI⁴⁸. A gente criou o Centro da Mulher Brasileira e começamos a divulgar. A gente começou a mobilizar um espaço de discussão da mulher. E foi uma coisa interessante porque as mulheres começaram a chegar. Mulheres que a gente nunca tinha visto a cara, mulheres de idade diferente, mulheres de cores diferentes. [...] algumas chegavam e diziam: o meu marido me bateu; eu sofro demais; eu quero estudar mais e não tenho espaço. Todas as questões que, hoje, são colocadas, naquela época, 1975, era colocada de uma forma mais, mais envergonhada, mais desesperadora, certo? E a gente começou a dar as mãos. E, aí, dizíamos: “Nós também não temos resposta, mas vamos encontrar essa resposta juntas” (TAVARES, 2021).

Outras iniciativas feministas começaram a surgir. Em 1975, também foi organizado o Movimento Feminino pela Anistia, fundado por Terezinha Zerbinini, que também agregou as contribuições de mulheres exiladas nos Estados Unidos e na Europa, trazendo uma nova forma de pensar a condição de mulher para além do papel de mãe, companheira e esposa. A questão da mulher passou a ser tema de discussão nas universidades e em meio aos profissionais liberais.

Nessa época, final de setenta, início de 80, uma série de entidades de pessoas maravilhosas, de cabeça feita, intelectuais e não intelectuais, estavam mobilizadas por um processo de mudança no país, um processo de trazer o novo, de conhecer outras pessoas, discutir. Nessa época, algumas pessoas ficaram à frente da criação do CEBES⁴⁹. Eu participei de várias reuniões para a criação do CEBES. Eu sou co-fundadora, se a gente pode chamar assim, porque ali era outra discussão muito mais intelectualizada, onde eu levava a questão das mulheres, ainda de maneira não arrumada na minha cabeça. Mas, eu queria que as pessoas conhecessem o desespero de toda a questão da mulher que se vivia na sociedade. Foi um espaço muito rico. O CEBES estava sendo criado, a ABRASCO⁵⁰ estava sendo criada [...]. Outras ações e entidades começaram a ser criadas. Foi um momento de grito social muito grande. O grito era na praça, o grito era nas entidades,

48 Associação Brasileira de Imprensa.

49 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

50 Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

o grito era de criação de ONG e o grito era interior, na alma de cada uma das mulheres para mudar. O grito era: a gente quer igualdade de gênero (TAVARES, 2021).

No final dos anos 70, Santinha trabalhava no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que hoje é o Ministério da Saúde (MS), e ia muito à Brasília onde conheceu outras mulheres que queriam saber e participar dessa nova mobilização de mulheres. Com elas criou um grupo de estudos e debates, que se dedicou a pensar na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), crítico à visão reducionista do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), lançado em 1975, e cuja ênfase era nas gestantes, parturientes, puérperas e nutrição infantil, tendo como objetivo explícito “contribuir para a maior produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho” (OSIS, 1994, p. 34). O PAISM pretendia romper com essa visão da mulher como corpo para dar boa cria.

Com o espírito de que só estando dentro da máquina estatal seria possível fazer mudanças, em 1983, conseguiram formalizar o PAISM dentro do MS. Acontecia uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado, que investigava o crescimento populacional, e o então ministro da saúde Waldyr Arcoverde, apresentou a proposta de criação do PAISM, levada a ele por uma comissão constituída por três médicos e uma socióloga, Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres. Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Aníbal Faúndes e Oswaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (SOBRINHO, 1993; OSIS, 1994).

Foi a criação do PAISM que promoveu uma intensa mudança na compreensão do que a mulher precisava para ser saudável, que incluiu pensar em ações para enfrentar, para além da mortalidade materna, o aborto, a gravidez não planejada e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) (BRASIL, 2004).

A gente dava recados fundamentais, tipo: é um programa de atenção integral, então, eu sou mulher integral – eu sou cabeça, tronco, membros, coração, alma, útero, eu sou tudo. Não queria ser vista apenas como uma barriga, materno-infantil, tendo filhos. Não se queria isso. Porque a mulher podia não querer ter filhos ou não podia ter filhos (TAVARES, 2021).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual

que embasaria a formulação do SUS⁵¹. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004, p. 16)

A integralidade e a equidade da atenção são princípios do SUS incorporados com a influência predominante dos movimentos de mulheres. A realização do I Encontro Nacional de Saúde da Mulher, ocorrido em 1984, em Brasília, ampliou as discussões sobre a violência contra a mulher, denunciando o controle da natalidade com uso de esterilização disfarçado de planejamento familiar, métodos de contracepção, aborto, eugenia, que impulsionaram conexões que, mais tarde, se transformariam e influenciariam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e que deu origem ao SUS (CULTNE ACERVO, 2011; ENSP/FIOCRUZ, 2016). Santinha relembra:

Nós mandamos convite para esse Brasil inteiro. Esperávamos um tiquinho de mulheres e vieram umas 4 mil mulheres. Nós passamos quase quatro dias em Brasília discutindo temas que a gente tinha organizado e o que a gente não tinha organizado.... Foi uma coisa linda. Foi uma coisa muito bonita, muito bonita. Eu acompanhava a área de saúde (TAVARES, 2021).

Na 8ª Conferência, a gente não tinha lugar para falar. Não tinha uma mesa sobre saúde da mulher. Aí, eu subi feito uma louca, com Carmem Barroso e mais umas duas loucas. A gente subiu e disse: Dá uma palavra para a gente. E aí, a gente conseguiu, sei lá, 3 minutos, 5 minutos. Pegamos o microfone e dissemos: A mulher existe! Não tinha discurso pronto. A gente só queria dizer “olha nós estamos aqui e nós sofremos, nós não temos saúde, certo? Nós queremos aborto legal. Nós queremos isso e aquilo”. E, aí, conseguimos falar nesse encontro. O Sérgio Arouca, que era muito amigo, depois, disse assim: Santinha, vocês são loucas. Vocês subiram ali feito umas loucas. Pegaram o microfone e falaram: – A saúde da mulher é um ponto muito importante da saúde em nosso país! Então, a gente já estava levantando isso aí... A década de 80 foi muito importante para o país. E a gente começou a participar do processo da Constituinte. Tudo que tem na Constituição voltado para a saúde da mulher, tem o dedo de nós feministas (TAVARES, 2021).

E foi abrindo a década de 90 que houve a criação da RFS, em 1991.

A gente estava querendo virar o mundo, dar a nossa voz. Nós queríamos dizer assim: Nós existimos. Nós não queremos ser maltratadas, não queremos ser discriminadas, queremos mais. Nenhum homem vai me maltratar, nenhum homem vai me bater, eu quero o direito a ter ou vivenciar um aborto legalizado. Então, aí, criamos essa rede (TAVARES, 2021).

Santinha foi uma das fundadoras da RFS com outras mulheres destemidas e que colocaram em curso o maior movimento pela saúde das mulheres da história do Brasil. A RFS foi a primeira entidade feminista criada no país, que já nasceu para trabalhar com saúde da mulher, com direitos sexuais e com direitos reprodutivos.

3. O protagonismo das mulheres vivendo com HIV nas políticas públicas

Apesar dos esforços e avanços conquistados com o PAISM, especialmente no que se refere à abordagem da saúde integral das mulheres, as ações governamentais que assumiam a integralidade como pressuposto conceitual, continuou sendo limitada aos aspectos da reprodução biológica. Mesmo que combinada a outras ações de proteção à saúde das mulheres, como prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), por exemplo, até hoje, muito há que se fazer para concretizar práticas de saúde que atendam às reais necessidades de saúde das mulheres. Continua negligenciado todo espectro de violências psicológicas ou físicas que atravessam a vida de meninas cisgênero e transgênero, desde tenra infância, e perduram até a adolescência e vida adulta nas práticas sexuais consentidas ou abusivas, nas relações amorosas, em suas oportunidades de estudo ou de trabalho. O racismo, que coloca a mulher negra na condição da mais alta vulnerabilidade ao adoecimento e morte, continua sendo invisibilizado como mecanismo estruturante e que sustenta as práticas precárias de promoção do acesso e acolhimento a prevenção, tratamento e reabilitação em HIV/Aids nas unidades de saúde, apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (WERNECK; MENDONÇA; WHITE, 2000).

No campo da saúde da mulher, na década de 90 ainda não existiam ações diretamente ligadas à prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids. A ocorrência de HIV/Aids entre mulheres já tinha sido detectada desde 1981, mas a narrativa moralizante ligava a infecção apenas aos denominados “grupos de risco” formados por homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo, mercedores de algum tipo de castigo divino (CAPARICA, 2015).

No período entre 1982 a 1989, a sobrevida mediana das pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil maiores de 12 anos era de apenas 5,1 meses. Após o diagnóstico da primeira infecção oportunistas, cerca de 50% das pessoas vivendo com HIV/Aids morriam em menos de seis meses. Em 1989, com a descoberta da Zidovudina (AZT), começou a existir uma perspectiva de tratamento, mas somente em 1996, a proposta terapêutica conhecida como coquetel, que usava a combinação de três medicamentos, permitiu o aumento da sobrevida. O Brasil já garantia o acesso universal aos antirretrovirais desde 1995, mas foi o sucesso do “coquetel” que fez com que os medicamentos que o compõe fossem garantidos pela Lei Federal 9.313 de 13 de novembro de 1996 (RNP+BRASIL, s/d).

A ideia de que a infecção pelo HIV só atingia pessoas com comportamento sexual tido como “promíscuo”, entendido como prática de sexo sem camisinha com vários parceiros, ou o uso de drogas injetáveis, impediu que as vulnerabilidades e especificidades das mulheres fossem vistas e problematizadas desde o início. A socialização de gênero baseada nas premissas patriarcais, assim como o racismo institucional, deixava à mercê da sorte todas as mulheres enquadradas no perfil esposas e mães dedicadas. As iniquidades de gênero e o racismo eram e continuam sendo os principais fatores de vulnerabilidade de mulheres (SANTOS; IRIART, 2007; WERNECK; MENDONÇA; WHITE, 2000).

Embora o MS tenha instituído o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, em 1988, e que, nesse mesmo ano, tenha marcado o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a Aids na Assembleia Mundial de Saúde, apenas em 1991 as sociedades civis participaram das implementações das políticas públicas (TAVARES, 2018) e os antirretrovirais começaram a ser prescritos e distribuídos pelo SUS, quase 10 anos após o diagnóstico do primeiro caso no país.

Em 1995, durante a realização do V Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, “Vivendo”, organizado pelo Grupo Pela Vida do Rio de Janeiro e Niterói, um grupo de dez pessoas portadoras do vírus HIV reúnem-se e decidem criar uma rede de pessoas vivendo com hiv/AIDS seguindo o modelo da GNP+ (Rede mundial de pessoas vivendo com HIV/AIDS) (RNP+BRASIL, s/d).

Em 1999, quando eu fui ao posto da Tijuca, cheguei lá e estava escrito no quadro que ia ter o primeiro encontro da RNP+⁵² do Estado do Rio de Janeiro. Eu peguei o telefone, mas não fui porque eu estava acostumada

com o Sindicato dos Bancários que tinha um sistema de representação. Não era chegar e ir, tinha que ter passado por outros encontros, saído delegado, sabe, o maior funil. Eu já lidava com companheiros e companheiras, eles falavam assim [...]. Eu só fui no encontro da rede mesmo no fim do ano. E na primeira reunião vi que tinham homens e mulheres e o objetivo era fundar uma pessoa jurídica no Rio. Dividiram núcleos por região. Naquela hora, caiu a ficha do quanto eu estava isolada porque eu tinha feito o diagnóstico em 1993 e tinha feito todo meu tratamento pela empresa na qual eu trabalhava naquele momento. Foi um tratamento padrão ouro, que eu pensei que todo mundo recebia. Eu não conhecia o SUS. Desde que eu nasci, eu não me tratava pelo Sistema Único de Saúde, só no privado. Naquela época, eu não sabia que não tinha medicamento, que não tinha assistência social, psicóloga, que todo mundo devia ter. Eu ia do privado com a receita e no posto só pegava o remédio. Na reunião, já tinha algumas mulheres e eu escrevia tudo. No final da reunião, eu tinha um caderno de perguntas. No final, fundamos a Rede de Pessoas Vivendo com HIV do Estado do Rio de Janeiro (SANTIAGO, 2021).

Já no início dos anos 1990, a RFS já apontava em pesquisas que a Aids estava entre as cinco principais causas de mortalidade das mulheres paulistas em idade reprodutiva. As análises eram apoiadas em dados epidemiológicos e alertavam para uma tendência de agravamento dos problemas vividos pelas mulheres relacionados à epidemia do HIV/Aids (ROCHA; VIEIRA; LIRA, 2013). Juçara Santiago recorda o contexto de seu diagnóstico para o vírus HIV:

Fiz o teste para HIV em 93. Todos os anos tinha que fazer exames no programa de prevenção e conversando com o médico, perguntei sobre a doença nova que estava falando na televisão, que estava acontecendo nos Estados Unidos. Ele falou: – Ah, Juçara, isso aí já tem muito tempo. Já tem mais de dez anos. E eu respondi: – É. Mas, como só está dando na televisão agora? Aí, ele falou assim: – As coisas são assim. Até que chegue na televisão, tem um tempo. As coisas não acontecem assim, não. Já tem até tratamento aqui no Gaffrée e Guinle. E me explicou. Aí, eu perguntei se já tinha o teste para saber se tinha essa doença, ele respondeu que sim e eu pedi para fazer também. Depois, o laboratório falou para eu repetir o exame que tinha dado um problema lá. Eu nem sabia que tinha esse negócio. Não tive aconselhamento, né? Não tive. Aí, quando ele viu, chamou a assistente social, a psicóloga e eu já comecei a tomar três medicamentos, 3 ARV. E eu fiquei de 93 a 99 trabalhando e tratando pela empresa, por meio do plano de saúde (SANTIAGO, 2021).

A primeira vez que mulheres vivendo com HIV/Aids de todo o mundo se reuniram e expressaram suas necessidades foi em 1992, em Amsterdã, no primeiro encontro da The International Community for Women Living with HIV/Aids (ICW) – Comunidade de Mulheres Vivendo com HIV/Aids, dentro da 8ª Conferência Mundial de Aids. Com a criação da ICW, houve a publicação dos 12 postulados que se configuram na Carta de Princípios da ICW Mundial, que é a mesma da Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, reunindo representantes de mais de 180 governos e 1.254 organizações não governamentais (UNFPA BRASIL, 2007) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (ONU, 1995), deram origem à um conjunto de ações de enfrentamento às muitas vulnerabilidades e condições de adoecimento de mulheres, uma delas ser portadora do vírus HIV, até a ocasião, encobertas pela persistência do enfoque na proteção da maternidade. A Conferência do Cairo promoveu uma mudança na abordagem dos direitos das mulheres e formalizou o conceito de “direitos reprodutivos”. No Brasil, esses dois marcos influenciaram a adoção de ações de prevenção para além das que estavam dirigidas ao corpo do homem pelo uso do preservativo. Foram lançadas as primeiras campanhas dirigidas às mulheres, voltadas para a negociação do uso do preservativo com seus parceiros, o que era, e ainda é considerado pelos homens indício de promiscuidade de mulheres.

Apesar dos constantes debates entre o movimento feminista e a Coordenação Nacional de DST/Aids (atualmente denominada Departamento, com o objetivo de desenvolver interfaces com a Área Técnica de Saúde da Mulher), só em meados da década de 1990 é que a Coordenação iniciou aproximação com essa área. No segundo convênio com o Banco Mundial, a população feminina entrou como campo de interesse explícito no que toca às ações preventivas (ROCHA, 2011).

Em resumo, o primeiro momento a resposta à epidemia junto às mulheres foi pela estratégia de conscientização da vulnerabilidade social e individual das mulheres, em função das práticas sexuais de seus parceiros e, de ações para deter o crescimento da transmissão vertical. As situações vinculadas à desigualdade de gênero ainda não eram avaliadas. O movimento feminista continuou lutando para que fossem desenvolvidos estudos e pesquisas que levassem em consideração as especificidades de mulheres e meninas relacionadas aos métodos de prevenção e tratamento da infecção/doença. Continuam persistentes a falta de acesso à educação por parte de muitas meninas e mulheres, especialmente, as que viviam e vivem inseridas em padrões culturais e religiosos, que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas,

como o uso do preservativo tanto externo quanto interno; a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia; a violência doméstica e sexual.

Dentro da Rede de Pessoas Vivendo com HIV, tinha assuntos que ficavam de lado, que ninguém tocava naqueles temas. Ninguém botava para a frente, entende? Esses temas tinham a ver com mulher. Um dos diretores da RNP+ do Núcleo Rio de Janeiro me apresentou à Dra. Bertine Bezerra, que era psiquiatra, mas era feminista também. E eu comecei a encontrar com ela para falar desses temas. Eu e ela formamos um grupo de trabalho que reunia numa sala de conversa outras mulheres, uma vez por semana, para falar de mulheres e da gente. Num dia, perguntei a ela: Onde estão as feministas? O que elas fazem? E a Bertine me falou: – Você é altamente feminista, você é que não sabe. Aí, comecei a estudar, vi panfletos, jornalzinho da Rede Feminista, um da Criola, um da Maria Maria, já organizado e falando de HIV e mulheres. Eu nunca tinha visto nada. Peguei os contatos e a Bertine falou que ela era da Rede Feminista. Mais pra frente, já pela Rede de Pessoas Vivendo com HIV, eu entrei no Conselho de Saúde da AP⁵³ 2.2, fui na Conferência da AP 2.2, saí delegada para a Conferência do Município e fui na Estadual representando a Rede de Pessoas Vivendo com HIV. Foi aí que conheci a Santinha, colocando ordem na reunião e eu pensei: Caramba, que mulher poderosa. E todo mundo ficou quieto, trabalhando direitinho. E fui atrás dela. Ela trabalhava na Secretaria de Estado de Saúde, no PAISM. Entrei na Rede Feminista em 2003, porque haveria I Conferência Pública de Saúde das Mulheres do Estado do Rio de Janeiro. A Cláudia Bonan, na época, era a coordenadora da Rede Feminista do Estado do Rio de Janeiro e conversou comigo me explicando o que era a rede, o estatuto e tal. Ela me apresentou à Rede junto com a Bertine e eu já participei da conferência para colocar o tema de mulheres vivendo com HIV/Aids porque na época eu já era representante da ICW no Brasil. Me filiei à ICW Brasil, depois da Conferência de Durban, em 2001. Em 2002, a ICW Latina fez uma capacitação com uma mulher de cada país e eu fui a Buenos Aires e me comprometi a repassar o conteúdo programático e, ao mesmo tempo, elas me convidaram para ser referência para dar seguimento ao trabalho da ICW no Brasil (SANTIAGO, 2021).

Juçara rememora que se filiou à ICW identificando na instituição os mesmos princípios da RNP+, só que com foco nas mulheres, e virou o ponto focal aqui no Brasil (ICW, 2017, 2021), além de começar a frequentar as reuniões da RFS no Centro de Documentação e Informação Coisa de Mulher (CEDOICOM), onde foi formalizada a rede no início e ficou sendo sua sede.

Com o apoio do Programa Nacional de DST AIDS – Ministério de Saúde do Brasil co-realizamos (ICW Brasil, Cidadãs Posithivas e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV AIDS, em 2003, sete Encontros Regionais para Mulheres Vivendo com HIV brasileiras. Em 2005, a ICW Brasil teve seu I Encontro Vozes Positivas no Estado do Rio de Janeiro, patrocinado pelo, então, Fundo Angela Borba, hoje, Fundo Social Elas. Em 2006, eu realizei o I Encontro de Mulheres Vivendo com HIV com menos de 30 anos de idade, que foi na BEMFAM patrocinado pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA). No mesmo ano, também aconteceu o I Encontro Latino-Americano de Mulheres Vivendo com HIV, realizado pela ICW Latina, em Buenos Aires. Em 2007, veio para o Brasil a nova representante do UNFPA, Allana Armitage, que visitou a ICW Brasil. Para esse encontro, a ICW Brasil convidou diversas entidades e a Santinha foi representando a Rede Feminista. A UNFPA Brasil acabou patrocinando por dois anos as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva para o fortalecimento das mulheres vivendo com HIV, através da ICW. Isso foi um impulso para consolidar a ICW no Brasil e surgiu uma parceria e um entrelaçamento de ações com a Rede Feminista (SANTIAGO, 2021).

De lá, até os dias atuais, o debate foi ampliado e, hoje, o conjunto de ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia, que já havia demarcado, em 2007, desafios importantes, ainda carece de execução. Entre os pontos que exigem cuidado estão: 1. As IST, que já estão relacionadas entre as principais causas relacionadas aos abortos espontâneos, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal, gravidez ectópica, infertilidades, bem como ao câncer de colo de útero; 2. A violência contra as mulheres, que é um grave risco à saúde e amplia as possibilidades de IST's, entre elas por HIV/aids; 3. As evidências de que mulheres negras e indígenas estão em situação especialmente vulnerável, pela maior exposição aos efeitos da violência estrutural e do confronto com estigma, preconceito e racismo; 4. A compreensão de que pobreza e aids são interdependentes, pois, os custos relacionados ao cuidado com algum membro da família repercutem na renda familiar e a maior carga social recai sobre as mulheres, em particular, as mulheres jovens, que passam assumir os cuidados com os membros da família que estão doentes; e 5. O abuso de drogas, seja porque há mulheres que fazem uso frequente, seja porque não fazem uso do preservativo nas relações sexuais com companheiros usuários de drogas injetáveis; e 6. O estigma, seja por imagens discriminatórias e estereotipadas que continuam sendo disseminadas, seja pela situação de privação de liberdade em que vive uma parte das mulheres (BRASIL, 2007). Todos esses destaques têm sido incansavelmente defendidos por representantes do movimento feminista, do movimento de mulheres negras, do movimento de

prostitutas, do movimento de lésbicas e do movimento de pessoas vivendo com HIV/Aids e do movimento de mulheres trans positivas, que continuam presentes na defesa pelos direitos das mulheres, pela igualdade de gênero e contra o racismo.

4. Nada para nós sem nós

Mesmo com todos os avanços alcançados até aqui, as mulheres vivendo com HIV/Aids, especialmente as jovens, continuam se infectando e muitas de suas necessidades de saúde não são resolvidas. As adolescentes e as jovens que vivem em situação de pobreza, continuam privadas do acesso à educação em saúde, às informações sobre sexualidade e alijadas de seus direitos.

A atuação conjunta dos movimentos sociais com o governo brasileiro e trabalhadores da saúde resultaram em estratégias de prevenção, que se destacaram na resposta brasileira à epidemia do HIV/Aids. Mesmo que novas estratégias de prevenção tenham sido pensadas, tal como o conjunto de intervenções denominado “Prevenção Combinada do HIV”, seus dispositivos permanecem inacessíveis à maioria das mulheres. O acesso de mulheres a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) permanece bastante precarizado na maioria das unidades de saúde, com condutas profissionais apoiadas em práticas moralistas, sem contar o acesso indisponível à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), caso a mulher não seja profissional do sexo.

Ao investigar os sentidos que mulheres cisgênero e transgênero dão às suas experiências de não adesão ao tratamento antirretroviral, Cláudia Santamarina, recém-chegada à RFS, tem observado um contingente significativo de mulheres cisgênero e transgênero que interromperam o tratamento antirretroviral e que, vulneráveis ao adoecimento e morte, permanecem não sendo contactadas por unidades de saúde para retomarem seus tratamentos, como recomenda a integralidade do cuidado, princípio da promoção da adesão (BRASIL, 2007). Diz ela:

Contar com profissionais de saúde para entender questões relacionadas à nossa sexualidade, ao conhecimento do nosso próprio corpo e das nossas próprias vulnerabilidades, é fundamental. Assim como é importante que profissionais saibam como as relações desiguais de gênero e o racismo afetam a nossa vida e a nossa saúde. Esses aspectos influenciam nossa vinculação aos serviços de saúde e nossa adesão aos tratamentos que precisamos. Ainda mais quando temos doenças crônicas ou de longa duração. No entanto, os espaços de escuta e de fala nos serviços de saúde permanecem precários. O cuidado em saúde ainda é praticado por empenho individual de determinados profissionais, que são empáticos às demandas das mulheres em relação à sua saúde (SANTAMARINA, 2021).

Fatores relacionados à baixa escolaridade, à condição social e econômica, dificuldades de colocação no mercado de trabalho ou mesmo grandes desigualdades na remuneração de seu trabalho, também acrescentam as possibilidades de maior vulnerabilização das mulheres ao HIV. Dentre estes fatores, a violência contra a mulher se expressa em diferentes formas de práticas de abuso e atos de agressões, como violência doméstica, sexual, moral e patrimonial. Santos *et al.* (2009) descobriram em seu estudo que, em 2009, mulheres vivendo com HIV/Aids tinham histórico significativo de situações de violência sexual: 22,1% entre as mulheres com HIV/Aids contra 13,2% de mulheres que não viviam com HIV e Aids. Em outro estudo realizado com mulheres vivendo com HIV/Aids (LIMA, 2013), foi observado que as vulnerabilidades vividas por mulheres cisgênero é atravessada por questões como: prática sexual como o dever da esposa; a banalização da violência de gênero pelo parceiro íntimo; ideia de que as relações amorosas são incondicionais e para sempre; a maternidade como a prioridade da mulher na sociedade; a família como valor dos valores para a boa qualidade de vida e para os cuidados (LIMA, 2013). Em relação às vulnerabilidades das mulheres trans, a transmisoginia (discriminação familiar, escolar, nos serviços de saúde e penitenciário, a partir de arbitrariedades, assédios e falta de apoio, que contribuem com a busca de aquisição de renda por meio da prostituição), tem mantido o Brasil em primeiro lugar no ranking de assassinatos às transexuais (ANTRA, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A reprodução assistida tanto de mulheres cisgênero como transgênero vivendo com HIV/Aids, ainda é cercada de tabus. Equipes da saúde que compõem a Atenção Primária em Saúde (APS) ainda mostram despreparo para lidar com as questões oriundas das necessidades de demandas de mulheres vivendo com HIV/Aids, que consideram seus estilos de vida e suas condições sociais. A educação permanente de profissionais de saúde para que possam prestar um cuidado efetivo e humanizado permanece secundarizada.

Os desafios são imensos, mas sabemos que a determinação é uma das alavancas mais potentes para incidir politicamente, criar novos cenários e realizar novos passos. E, nós, da RFS, defendemos o princípio de envolvimento significativo de pessoas vivendo com HIV/Aids, o Meaningful Involvement of People Living with HIV/AIDS (MIPA), na formulação e controle social das políticas públicas para mulheres vivendo com HIV/Aids, reiterando o nosso compromisso com a saúde integral das mulheres nesses 30 anos de existência.

5. Considerações finais

Nossas motivações se entrelaçaram em muitos momentos das nossas histórias pessoais e nos levaram a nos vincular à Rede Feminista de Saúde.

Muito avançamos em defesa da Saúde da Mulher, mas muito mais nos exige nos mantermos de pé, em novos levantes que exponham todas as dificuldades e complexidades que envolvem a Saúde Integral de Mulheres Vivendo com HIV/Aids.

Precisamos resistir a onda fundamentalista, essencialista e retrógrada que se dissemina nos órgãos governamentais e práticas excludentes nos serviços de saúde. Mais do que nunca, nos importa fortalecer nossos movimentos feministas e de mulheres, seja em âmbito local, regional, nacional e internacional, em torno da nossa saúde e dos nossos direitos sexuais e direitos reprodutivos, para que sejam reconhecidos, respeitados e ampliados, incluindo o direito ao aborto nas situações já estabelecidas em lei. Precisamos que escutem o quanto as violências raciais, sexuais e domésticas violam nossos direitos, que essas são violações de Direitos Humanos.

Precisamos continuar seguindo em defesa da nossa qualidade de vida, legado de nossos 30 anos de luta, e, nesse sentido, convidamos nossas companheiras da RFS a organizar o 1º Encontro da Rede Feminista sobre Saúde Integral de Mulheres, HIV e Aids, que tenha como objetivo analisar o conhecimento acumulado da rede sobre o tema e planejar ações em conjunto, de forma que possamos incidir politicamente para a implementação e controle social de ações integrais de saúde que atendam às reais necessidades de mulheres em situação de vulnerabilidade ao HIV/Aids ou vivendo com HIV/Aids, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nada para Nós Sem Nós mesmas!

REFERÊNCIAS

ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos Assassinatos de Transexuais e Travestis no Brasil em 2017**. Brasil: ANTRA, 2018.

BERQUÓ, Elza. A Esterilização Feminina no Brasil Hoje. *In*: RELATÓRIO DO ENCONTRO QUANDO A PACIENTE É MULHER. Quando a Paciente é Mulher. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (Brasil), 1989.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAPARICA, Marcio. **Uma população dizimada: como foi o auge da AIDS nos anos 1980**. Site Ladobi. 2015. Disponível em: <http://ladobi.com.br/2015/03/aids-1980>. Acesso em: abr. 2021.

CULTNE ACERVO. **I Encontro Nacional de Saúde da Mulher**. Canal Youtube. 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YD1EKUOL-7gE&t=595s>. Acesso em: maio 2021.

ENSP FIOCRUZ. **Oitava: a conferência que auscultou o Brasil**. Canal Youtube. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zZAHdF0f-Nps>. Acesso em: maio 2021.

ICW LATINA. Diálogo de Alto Nível. Uniendo Nuestras Voces Para Transformar. **Acciones para cumplir compromisos hacia las mujeres con VIH em América Latina y el Caribe**. Costa Rica, 2017.

ICW LATINA. Site Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo com VIH SIDA. **TESTIMONIOS: Juçara Portugal Santiago**. 2021. Disponível

em: <http://icwlatina.org/page-full/jucara-portugal-santiago/>. Acesso em: maio 2021.

LIMA, Márcia de. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, 2013.

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez *et al.* Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Pequim**. 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: maio 2021.

OSIS, Maria José Duarte. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa**: história de uma intervenção. 1994. [Dissertação] (Mestrado) – Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

PINTO, Céli Regina Jardim. O Feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 237-253, 2004.

RNP+BRASIL. **Nossa História**. s/d. Site Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Disponível em: <http://www.rnpvha.org.br/nossa-historia.html>. Acesso em: maio 2021.

ROCHA, Solange. **Silenciosa Conveniência entre Transgressão e Conservadorismo**: trajetórias feministas frente à epidemia da Aids no Brasil. 2011. [Tese] (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 507, n. 2, 1995.

SANTAMARINA, Claudia V. F. da C. **Áudio de encontro sobre memórias da Rede Feminista de Saúde – regional Rio de Janeiro**. Arquivo pessoal. 2021.

SANTIAGO, Juçara P. **Áudio de encontro sobre memórias da Rede Feminista de Saúde – regional Rio de Janeiro**. Arquivo pessoal. 2021.

SANTOS, Cristiane de Oliveira; IRIART, Jorge A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, 2007.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de Vulnerabilidade para o HIV entre Mulheres Brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Supl. 2, p. 321-333, 2009.

SOBRINHO, Délcio da Fonseca. **Estado e População**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

SOUZA, Jurema Machado de Andrade. **Trajetórias femininas indígenas**: gênero, memória, identidade e reprodução. 2007. [Dissertação] (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2007.

TAVARES, Maria do E. S. **Áudio de encontro sobre memórias da Rede Feminista de Saúde – Regional Rio de Janeiro**. Arquivo pessoal. 2021.

TAVARES, Rodolfo. **A epidemia do preconceito**: a trajetória do HIV/AIDS no Brasil. Site Empoderadxs. 2018. Disponível em: <https://empoderadxs.com.br/2018/12/01/a-epidemia-do-preconceito-a-trajetoria-do-hiv-aids-no-brasil/>. Acesso em: maio 2021.

UNFPA BRASIL. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. 2007. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>. Acesso em: maio 2021.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maria Luisa; WHITE, Evelyn C. **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

RFS: três décadas de luta articulada e descentralizada por saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos

*Morgani Guzzo*⁵⁴

*Vanessa Rodrigues da Silva*⁵⁵

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

O momento histórico era de luta das mulheres contra a ditadura, pela democracia, por uma nova Constituição que as levasse em conta, por cidadania e reestruturação das garantias civis e políticas. Nesse contexto, mulheres feministas de várias áreas da saúde se reuniram e lançaram uma proposta: a criação de uma rede que articule nacionalmente a ação política pela saúde das mulheres. O ano de fundação é 1991, mas sua história começa antes, porque se vincula com as trajetórias de mulheres brasileiras em suas ações nacionais e internacionais por cidadania e direitos das mulheres.

A Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS) nasce como parte de um movimento maior de articulação e fortalecimento das sujeitas e coletivas que lutam por cidadania e pelo fortalecimento da democracia. Ao longo de seus 30 anos, a Rede vem contribuindo significativamente para qualificar debates que são centrais para o movimento de mulheres, feminista e para o campo dos Direitos Humanos, sobretudo no que se refere a uma compreensão integral de saúde. Acompanhando processos institucionais, legislações, políticas públicas, e participando ativamente de Conferências nacionais e internacionais, as ativistas vinculadas à RFS tiveram participação ativa em grande parte dos avanços na saúde pública brasileira, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

A interlocução com os diversos setores da sociedade na luta e na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos fez da Rede Feminista de Saúde uma das principais referências da luta feminista na América Latina e Caribe. A trajetória dessa atuação, que envolve diversas ações visíveis – campanhas, peças de comunicação e publicações diversas (especialmente dossiês e jornais) – e, especialmente ações não tão visíveis – reuniões, encontros, participações em

54 E-mail: morganiguzzo@gmail.com. Jornalista, doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (PPGICH/UFSC) e pesquisadora no Laboratório de Estudos de Gênero e História (LEGH/UFSC).

55 E-mail: nessita18@gmail.com. Historiadora e mestranda em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGH-UFRGS).

eventos e muita articulação política – é o foco da ação de registro e publicação da **Linha do Tempo dos 30 anos**⁵⁶, que apresentamos aqui.

Em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas de Saúde (UNFPA), a Rede Feminista de Saúde retomou, em 2021, a ação de fortalecimento institucional, que havia sido iniciada em 2011⁵⁷, e, assim, dá continuidade no registro e na preservação de sua memória institucional. Por meio do Edital de Financiamento UNFPA para Organizações da Sociedade Civil intitulado *Nas Trilhas do Cairo*, desenvolvemos, entre os meses de março a agosto de 2021, a pesquisa histórica como parte de um conjunto de atividades que marcam os 30 anos da Rede. Entre seus objetivos estava a retomada no trabalho iniciado pela Regional do Rio Grande Sul em anos anteriores, bem como atualizar, a partir do cruzamento das mais diversas fontes, como panfletos, relatórios, fotos, atas e entrevistas, os muitos passos dados pelos feminismos no Brasil e na América Latina e Caribe, sob a perspectiva e participação das mulheres ativistas da Rede Feminista de Saúde nos diferentes momentos históricos, políticos e sociais.

Com o intuito de colocar em perspectiva esses diferentes momentos, antes e depois do ato de constituição da Rede (em 1991), a nova Linha do Tempo dá um salto e recua algumas décadas, começando em 1975-1985, conhecida como a Década da Mulher, instituída na I Conferência Mundial da Mulher da ONU. Realizada no México em 1975, este evento marca um novo momento na articulação política das mulheres no Brasil e no mundo, e é um período no qual muitas das associadas, fundadoras e cofundadoras da Rede Feminista de Saúde iniciam sua trajetória de militância e ativismo.

O registro do legado da RFS na luta e na conquista de direitos para as mulheres envolve recordar ações e trajetórias de mulheres como Maria Bethânia Ávila, Maria José de Oliveira Araújo, Maria Isabel Baltar da Rocha (in memoriam), Liege Rocha, Fátima de Oliveira (in memoriam), Neusa Cardoso, Telia Negrão, Maria Luisa Pereira, Clair Castilhos, Sheila Regina Sabbag Kostin e Lígia Cardieri, que formaram a Secretaria Executiva da Rede ao longo desses 30 anos, além de inúmeras outras mulheres de todas as regiões do Brasil que participaram de articulações internacionais, nacionais e desenvolveram ações locais, fortalecendo a luta pelos direitos das mulheres brasileiras.

Por se tratar de uma das primeiras redes a articular organizações feministas em defesa dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no Brasil, a RFS

56 Elaborado por Morgani Guzzo e Vanessa Silva, com a colaboração de Leina Peres, Sheila Sabag e Télia Negrão e coordenação de Clair Castilhos e Lígia Cardieri.

57 Em 2011, a Rede Feminista de Saúde, por meio do projeto *Trilhas de Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, com apoio do Fundo de População das Nações Unidas de Saúde (UNFPA), iniciou um conjunto atividades em comemoração aos 20 anos. Entre as ações desenvolvidas esteve a construção de um *hotsite* com a história da RFS em formato de linha do tempo. O trabalho foi coordenado por Télia Negrão e Maria Luisa Pereira da Regional do Rio Grande do Sul, elaborado pela jornalista Vera Daisy Barcellos, e contou com a consultoria técnica de Maria José de Oliveira Araújo (Mazé).

tem como característica possuir forte incidência sobre as políticas públicas de saúde. Por isso, a nova Linha do Tempo aponta para eventos importantes no campo da saúde das mulheres em que as ativistas vinculadas à Rede atuaram, tais como a construção do Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), em 1984, que se configurou como um rompimento do binômio materno-infantil, ao anunciar uma política de “saúde integral da mulher”; e a discussão em torno do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como marco a Constituição Federal de 1988, ao qual estabelece a saúde como um direito de todos e dever do estado.

No âmbito da cooperação com os movimentos feministas internacionais, especialmente da América Latina, destacamos a criação da Red de Salud de Las Mujeres Latino-americanas Y del Caribe (RSMLAC), em 1984, que contou com a participação de ativistas que viriam a compor a Rede; e a criação da Women's Global Network on Reproductive Rights (WGNRR)⁵⁸, instituída após o IV Encontro internacional da Mulher e Saúde, também em 1984.

Já na década de 1990, a Linha do Tempo dá destaque para a consolidação da RFS enquanto uma articulação feminista pela saúde das mulheres e direitos reprodutivos e o seu processo de reconhecimento e legitimação tanto a nível nacional quanto internacional. Esse período é marcado por uma internacionalização das agendas do movimento de mulheres, a partir da realização de Conferências e encontros internacionais, a exemplo do VII Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em Uganda, em 1993, e que marca o início da participação da RFS na esfera internacional. Destacamos os processos das pré-conferências das Nações Unidas, como a Conferência Internacional de Saúde da Mulher para o Cairo 94, realizada no Rio de Janeiro, como parte do processo preparatório para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, em que a RFS teve uma atuação destacada. Tanto a Conferência do Cairo quanto a IV Conferência Mundial sobre Mulher, realizada em Beijing, na China, em 1995, foram espaços importantes para a consolidação da pauta dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Destaca-se, também, nessa década, a atuação da Rede junto ao legislativo nacional. Articulações políticas foram feitas tanto em torno da aprovação de projetos de lei que visavam garantir o acesso ao aborto previsto em lei pelo SUS – como foi o caso do PL 20/91, de autoria do Deputado Eduardo Jorge (PT-SP) e da Deputada Sandra Starling (PT-MG) –, quanto na retaguarda, mobilizando pela não aprovação de medidas contrárias aos direitos das mulheres – como no caso da PEC 25/95 que, se aprovada, proibiria a realização

58 A Rede Mundial de Mulheres Direitos Reprodutivos (Women's Global Network on Reproductive Rights (WGNRR) surge após o IV Encontro Internacional da Mulher e Saúde realizado em Holanda em 1984, além disso foi definido o 28 de maio como dia Internacional da Saúde da Mulher.

do aborto sob qualquer circunstância. Com relação à PEC 25/95, a RFS, em conjunto com a CFEMEA, lançaram a campanha nacional intitulada “Pela Vida das Mulheres – Nenhum direito a menos!”, que envolveu mais de 120 organizações feministas que integravam a Rede, além de 26 fóruns e articulações estaduais que compunham a Articulação de Mulheres Brasileiras. A campanha e a mobilização de diferentes setores da sociedade garantiu a derrota da PEC.

Concomitante à atuação na esfera legislativa, em Conferências internacionais e na articulação por políticas públicas em saúde no Brasil, a RFS dedicou-se, desde a sua fundação, em disseminar conhecimento especializado, seja por meio de jornais e ou dossiês. As temáticas de maior preocupação da Rede aparecem nessas publicações. O primeiro Jornal da RedeSaúde (como se chamava, à época), de 1992, por exemplo, teve como foco a mortalidade materna, uma agenda histórica do movimento de mulheres e feministas. Outros temas frequentes também foram o acompanhamento das políticas de saúde integral às mulheres, as descobertas sobre a AIDS, a gravidez na adolescência e a discussão sobre o aborto. Nesse sentido, é importante destacar a participação da RFS nas Campanhas do 28 de Setembro – Dia de Luta Pela Despenalização do Aborto na América Latina e Caribe⁵⁹, iniciada em 1993 e que teve a coordenação da Rede no período de 2001 à 2003.

Os anos 2000 foram marcados pela chegada do Partido dos Trabalhadores (PT) à Presidência da República, com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002. Durante dois mandatos (2003 a 2010), foram implementadas políticas importantes para garantir os direitos das mulheres, entre elas a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e da Secretaria Nacional de Promoção de Políticas da Igualdade Racial, a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Plano Nacional de Saúde (PNS), e a aprovação de leis como a Lei Maria da Penha (11.340/2006), que visa prevenir e combater todas as formas de violência contra as mulheres.

Nesse período também se destaca a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em 2004, do Fórum Social Mundial e a instauração da Frente Nacional contra a Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto, em 2008, sendo a Rede Feminista de Saúde uma das entidades cofundadoras.

A RFS também passa por reformulação em seu estatuto, em 2002, com alteração do nome para Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, ou abreviadamente, Rede Feminista de Saúde.

59 Em 2004 a “Campanha 28 de Setembro” no Brasil passou a adotar o nome “Campanha 28 de Setembro Pela Legalização do Aborto”, em substituição à “Campanha 28 de Setembro Pela Despenalização/Descriminalização do Aborto” como é na América Latina e no Caribe.

De 2010 a 2020, várias mudanças no contexto político brasileiro merecem destaque, entre elas a eleição da primeira Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff e a implementação de políticas importantes e, outras, polêmicas para as mulheres, como a Rede Cegonha, por exemplo, que focava no binômio materno-infantil e desconsiderava alguns avanços no que diz respeito à saúde das mulheres.

Nesse período, em que houve avanços no âmbito judiciário – como o reconhecimento da união homoafetiva pelo Supremo Tribunal Federal (2011) e a inclusão do aborto de feto anencéfalo no rol de direitos das mulheres (em decisão sobre a ADPF 54, em 2012, pelo STF) – o movimento feminista também enfrentou ataques. A votação do PL 5.069/2013, do Deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), que buscava dificultar o acesso ao aborto legal, resultou na ocupação das ruas pelas feministas brasileiras, em 2015, o que ficou conhecido como “Primavera Feminista”.

Embora a aprovação das leis do Femicídio (Lei nº 13.104/2015) e da Importunação Sexual (13.718/2018) seja um avanço no período, os ataques misóginos à Dilma Rousseff durante o golpe contra a democracia que culminou em seu impeachment, em 2016, o avanço do conservadorismo e de grupos de extrema-direita, a cruzada antigênero, o assassinato da vereadora Marielle Franco, em 2018, e a eleição do atual presidente acenderam um alerta para o movimento feminista brasileiro, que se mantém ligado.

Em tempos de retrocessos no nosso campo, com os desmontes na área da saúde das mulheres (desoneração da equipe da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, exclusão de registros e de acervos com produção feminista relacionada aos direitos sexuais e direitos reprodutivos)⁶⁰, tem sido urgente e necessária documentar a história e disseminá-la como um direito à memória da luta feminista no Brasil, também como um reconhecimento às mais de trezentas mulheres associadas que, ao longo de três décadas de luta, construíram e constroem a Rede Feminista de Saúde nas mais diversas regiões do país.

Assim, a Linha do Tempo apresentada no site institucional possibilita compreender aspectos significativos da história recente do Brasil, da América Latina e Caribe, no que se refere à luta e à defesa por Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos das mulheres. Nos permite lembrar e constatar os avanços das mulheres nas últimas décadas, ainda que, por vezes, estes não alcancem a todas, já que mulheres negras, pobres, indígenas e das zonas rurais continuam adoecendo e morrendo por causas evitáveis.

60 Em 2020 o atual Governo Federal, a partir de uma medida arbitrária exonerou a Equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, e em paralelo, normas técnicas relacionada aos serviços e saúde das mulheres foram retiradas do site do governo, assim como bibliotecas e acervos produzidos por ativistas e pesquisadoras do campo da saúde, tiveram seus sites suspensos e redirecionadas para o Ministério da Saúde.

A história e a memória operam por continuidades e descontinuidades, por isso, ao selecionarmos alguns fatos e processos, tantos outros escapam ao nosso registro. Por isso, o material disponibilizado representa somente parte da história escrita, vivida e experienciada pelas muitas mulheres vinculadas à Rede Feminista de Saúde ao longo destas três décadas, e pode ser atualizado, ainda, por outros relatos, documentos e memórias que venham a ser registradas.

Esperamos que esteja à altura dessa valorosa trajetória e que possa despertar outras lembranças de participação e mobilização em torno da luta feminista em defesa da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 15, 18, 20, 21, 22, 23, 46, 55, 60, 62, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 125, 127, 133, 134, 135, 143

Aids 15, 129, 130, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

Aprendizados 17

Atenção à Saúde da Mulher 54, 75

B

Biopoder 119

C

Centralidade da reprodução 115

Cesariana 60, 79, 80, 81, 91

Comitês da Mortalidade Materna 66

Compromissos renovados 17

Conquistas 15, 17, 35, 48, 86, 129, 130

Corpo 17, 18, 19, 23, 24, 27, 40, 53, 73, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 85, 94, 98, 100, 112, 115, 120, 133, 138, 141

Corpo-voz 115

Covid-19 36, 38, 52, 53, 57, 61, 63, 64, 65, 95, 108, 115, 125

D

Dados estatísticos 33

Direitos das mulheres 9, 19, 20, 23, 29, 31, 35, 51, 77, 84, 90, 94, 120, 129, 138, 141

Direitos Reprodutivos 3, 9, 15, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 29, 41, 44, 50, 52, 53, 55, 67, 74, 75, 81, 93, 99, 102, 112, 116, 121, 124, 128, 129, 135, 138, 143, 145

Direitos Sexuais 3, 9, 15, 17, 21, 22, 24, 26, 29, 41, 44, 50, 52, 55, 56, 67, 68, 70, 74, 75, 76, 78, 81, 86, 87, 93, 95, 99, 102, 111, 112, 129, 135, 143

Domínio 17, 19, 40, 53, 74, 76, 84, 85

F

Feminicídios 35, 36, 37, 38, 39

H

HIV 15, 40, 44, 62, 125, 129, 130, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

Homicídios 32, 33, 35, 36, 37

I

Internações por aborto 103, 104

L

Legado de lutas 29

M

Modelo Assistencial Obstétrico 75, 83

Modelo obstétrico 74, 75, 76, 77, 83, 84, 86, 89, 90

Modelo tecnocrático 78, 79, 80, 81, 84, 86

Mortalidade materna 15, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 76, 77, 91, 106, 116, 120, 124, 128, 133

Mortes por aborto 104, 105, 106, 107

Mulheres 3, 9, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

Mulheres negras 15, 39, 47, 48, 55, 59, 65, 106, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 130, 140, 141, 146

P

Parto humanizado 73, 74, 75, 79, 81, 83, 86, 87

Parto normal 63, 76, 77, 80, 84, 91, 92, 94

Pauta política 130

Políticas públicas 19, 22, 40, 46, 47, 48, 53, 57, 60, 66, 67, 68, 74, 75, 76, 84, 86, 116, 123, 124, 129, 130, 135, 136, 142

Políticas reprodutivas 116, 122

Protagonismo 74, 75, 78, 85, 86, 122, 129, 135

R

Racismo 15, 47, 48, 52, 55, 106, 116, 118, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 135, 136, 140, 141, 145

Rede Feminista de Saúde 3, 7, 9, 15, 21, 27, 29, 32, 44, 50, 51, 67, 69, 84, 97, 110, 115, 116, 129, 143, 146

Redução da mortalidade materna 51, 52, 53, 54, 55, 63, 64, 67, 91

Resgate histórico 73

Retrocessos 15, 66, 68, 100, 111, 129

S

Saúde 3, 7, 9, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

Saúde da mulher 22, 24, 25, 27, 51, 53, 54, 69, 70, 75, 76, 84, 85, 90, 92, 120, 121, 124, 130, 133, 134, 135, 138, 143, 144, 145

Saúde das mulheres 3, 9, 15, 22, 40, 42, 55, 67, 68, 69, 74, 75, 92, 107, 135, 139, 146

Serviços de Aborto Legal 99, 107, 109, 113

Sexualidade da mulher 77

V

Vigilância 53, 58, 59, 64, 66, 67, 68, 69, 107, 144

Violência Física 40, 42, 43, 45, 47, 74

Violência Psicológica 42, 43, 45, 47

Violências contra as mulheres 29, 30

Violência Sexual 29, 33, 40, 41, 42, 46, 55, 77, 108, 117, 142

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SOBRE O LIVRO

Tiragem não comercializada

Formato: 16 x 23 cm

Mancha: 12,3 x 19,3 cm

Tipologia: Times New Roman 11,5/12/16/18

Arial 7,5/8/9

Papel: Pólen 80 g (miolo)

Royal Supremo 250 g (capa)