

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

EDUARDA BORGES DA SILVA

TESE DE DOUTORADO

AUTONOMIA AO PARIR: Um debate feminista? (Brasil, 1979-2006)

Porto Alegre

2023

EDUARDA BORGES DA SILVA

AUTONOMIA AO PARIR: Um debate feminista? (Brasil, 1979-2006)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em História.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Céli Regina Jardim Pinto

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Eduarda Borges da
Autonomia ao parir: um debate feminista? (Brasil,
1979-2006) / Eduarda Borges da Silva. -- 2023.
308 f.
Orientadora: Céli Pinto.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. Autonomia. 2. Gênero. 3. Imprensa Feminista. 4.
Maternidades. 5. Parto. I. Pinto, Céli, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

EDUARDA BORGES DA SILVA

AUTONOMIA AO PARIR: Um debate feminista? (Brasil, 1979-2006)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em História.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Céli Regina Jardim Pinto

Porto Alegre, 06 de julho de 2023.

Resultado: Aprovada com conceito A.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Moritz

Departamento de Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Natália Pietra Méndez

Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Céli Regina Jardim Pinto (Orientadora)

Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Concluir o doutorado é uma conquista. Neste momento, procuro ver o trabalho e o tempo empenhado na tese como uma fase de “florescer”, conforme escreveu Butler. Um processo que me permitirá acessar novas questões e lutas! Aqui fica meu profundo agradecimento a todos/as que me ajudaram na produção deste “fruto” que agora apresento:

O primeiro agradecimento é para minha mãe, Evanilda, por ter sido minha professora alfabetizadora e partilhado o saber-poder da educação comigo, quando nossa casa ainda era iluminada com um lampião. Sei que deveria agradecer mais tuas palavras insistentes e realistas e, mesmo quando não compreendo, te amo.

Sou grata ao meu pai, Aristeu, por ter sido meu maior torcedor. Chamava-me de doutora quando eu o contrariava e, infelizmente, não verá eu me tornar “doutora de verdade”.

Agradeço a professora Céli Pinto pela referência de profissional e feminista que é, por ter me apresentado Judith Butler e pela orientação crítica e colaborativa. A generosidade das professoras que compuseram a banca de qualificação, Dagmar Meyer e Natália Méndez (esta, inclusive, por ter me confiado uma carta importante de seu acervo pessoal e pela criação do grupo de estudos GENHI, que me auxiliou nas reflexões sobre o feminismo interseccional). Novamente agradeço-as pela disponibilidade, bem como, da professora Maria Lúcia Moritz, que vem somar na banca de defesa.

Minha gratidão a todos/as os/as trabalhadores/as do PPGH, do RU e das bibliotecas da UFRGS. Agradeço também à professora Carla Rodeghero pelos ensinamentos e amizade, extensivo à equipe do REPHO e as partilhas no projeto “Documentando a Covid-19”. Obrigada às membras do NIEM, do GT de Gênero e as “oficineiras” do “Cruzando Fronteiras” pela aliança e, aos meus alunos/as e colegas da Escola Mosaico, pelos aprendizados diários.

Muitas saudades dos colegas do PPGH, companheiros/as dos seminários aos protestos no Largo Zumbi: Alanna, Tairane, Edsiana, Evandro, Roger, Alan Kardec, Zorzi, José Jr., Marluce, Guilherme e, um agradecimento especial para quem viveu as muitas fases dessa tese, Sulena.

“Gracias” às colegas de apartamento que dividi o espaço, a vida de estudante em Porto Alegre e algumas festas latinas, Natália e Amanda, bem como,

às amigas que, mesmo pesquisando em universidades diferentes, me acompanham desde a graduação: Biane e Camila. Um agradecimento afetuoso ao Daniel, por acompanhar parte dessa jornada e apreciar as horas mágicas comigo.

Por fim, reconheço e agradeço à formação escolar e universitária que tive e às pessoas com quem compartilhei momentos e aprendi no ensino público e gratuito. As séries iniciais na escola rural Leonor Vaz da Silveira, depois na E. Inácia, o Ensino Médio na E. Ponche Verde, a vida acadêmica na UFPel (a Licenciatura, o Bacharelado e o Mestrado) e o Doutorado em História na UFRGS e ao fomento desta pesquisa, concedido pela CAPES.

RESUMO

Essa tese teve por objetivo analisar se a autonomia ao parir se constituiu em uma demanda/debate feminista no Brasil, entre 1979 e 2006, a partir da imprensa nacional, principalmente, de veículos que compõem a “segunda geração” da imprensa feminista. Inicialmente, analisei as diferenças entre a imprensa tradicional e a feminista. Na sequência, apresentei os posicionamentos que o movimento feminista teve em relação à maternidade, até notá-la como um lugar social que tanto confere poder quanto opressão às mulheres. Abordei o instinto materno e a ofensiva naturalista, o planejamento familiar e como a mortalidade materna foi representada, inserindo o tema do parto nos jornais. Depois refleti sobre o controle dos corpos e o processo de medicalização do parto, a partir do conceito de bio/necropolítica, dando atenção às campanhas pela redução de cesarianas. Ainda, abordando o direito ao luto fiz uma análise interseccional, concluindo que a naturalização da mortalidade materna é uma violência que afeta as mulheres de modo compartilhado, contudo, para algumas é uma precariedade maximizada. Por fim, teci a discussão teórica sobre o conceito de autonomia no feminismo, com duas teóricas feministas, Flávia Biroli e Judith Butler, e analisei a possibilidade do debate sobre autonomia ao parir nas fontes impressas feministas, tendo como foco as lutas e resistências pela saúde das mulheres, sobretudo a criação do “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), em 1983, o trabalho de uma ONG de parteiras tradicionais em Pernambuco, que atuam desde 1991 – “o Centro Ativo de Integração do Ser” (CAIS do Parto), a atuação das casas de parto e os sentidos do movimento de “Humanização do Parto” em um contexto fortemente marcado pelo poder de consumo e pelo individualismo. Concluí, portanto, que houve debate feminista sobre autonomia ao parir e, este se deu no reconhecimento da precariedade compartilhada entre mulheres e na criação de alianças entre si.

Palavras-chave: Autonomia. Gênero. Imprensa feminista. Maternidades. Parto.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to analyze whether autonomy in childbirth became a demand/feminist debate in Brazil, between 1979 and 2006, based on the national press, mainly of vehicles that compose the "second generation" of feminist press. Initially, the differences between traditional and feminist press were analyzed. Subsequently, the positions of the feminist movement regarding motherhood were examined, leading to the recognition of motherhood as a social construct that both empowers and oppresses women. The discourse surrounding the maternal instinct and naturalistic views was analyzed, along with the representation of maternal mortality in the media. This analysis focused on the portrayal of childbirth in newspapers, highlighting its significance in shaping cultural perceptions of childbirth. Additionally, the topic of family planning was explored within the context of motherhood. Later, a discussion on the control of bodies and the medicalization of childbirth was undertaken, drawing on the concept of bio/necropolitics. Attention was given to campaigns aimed at reducing cesarean rates. Furthermore, an intersectional analysis of the right to mourn was conducted, which concluded that the naturalization of maternal mortality constitutes a form of violence that affects women in a shared manner, albeit with varying degrees of precariousness for some. In conclusion, a theoretical discussion of the concept of autonomy in feminism was presented, drawing on the work of two feminist theorists, Flávia Biroli and Judith Butler. The possibility of debate on autonomy in childbirth in feminist print sources was analyzed, with a focus on struggles and resistances related to maternal health, including the creation of the "Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher" (PAISM) in 1983, the work of an NGO of traditional midwives in Pernambuco known as the "Centro Ativo de Integração do Ser" (CAIS do Parto) since 1991, the performance of birth houses, and the meanings of the "Humanização do Parto" movement in a context strongly marked by consumer power and individualism. The study found evidence of a feminist debate on autonomy in childbirth, with a recognition of shared precariousness among women and the creation of alliances between them.

Keywords: Autonomy. Gender. Feminist Press. Motherhood. Childbirth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Malu Mader e a Campanha “Natural é parto normal”	145
Figura 2: Placa de “reparação simbólica” que dá o nome de Alyne da Silva Pimentel à UTI Materna	176
Figura 3: Folder do Encontro de Parteiras Tradicionais de Pernambuco, 1996	231
Figura 4: Capa do folder da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, 2000..	255
Figura 5: Parte interna do folder da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, 2000	257
Figura 6: Carta de Vânia Araújo Machado à Natália Méndez	278
Figura 7: Verso da Carta de Vânia Araújo Machado à Natália Méndez..	278

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Acervo Carmen da Silva (NIEM/UFRGS) - Imprensa tradicional..	295
Quadro 2: Acervo Carmen da Silva (NIEM/UFRGS) - Imprensa feminista....	297
Quadro 3: <i>Mulherio</i> (1981-1988)	304
Quadro 4: <i>Fêmea</i> (1992-2006).....	306

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOMA – Associação Comunitária Monte Azul

ADVOCACI – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIMS – Atenção Integral à Saúde da Mulher

ALERJ – Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

BEMFAM – Sociedade Civil de Bem Estar Familiar

CAIS do Parto – Centro Ativo de Integração do Ser

CEDAW – Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CEDI – Centro Ecumênico de Documentação e Informação

CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CRM – Conselho Regional de Medicina

CTA – Centro de Trabalhadores da Amazônia

DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

DNCr – Departamento Nacional da Criança

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

GENP – Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

INAMPS – O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INFORMAMA – Informativo do Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia

MMM – Marcha Mundial das Mulheres

MS – Ministério da Saúde

MUB – Movimento União de Bairros

MR8 – Movimento Revolucionário Oito de Outubro

NIEM – Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre a Mulher e Gênero

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PC do B – Partido Comunista do Brasil

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

PT – Partido dos Trabalhadores

REDEH – Rede de Defesa da Espécie Humana

REDIR – Rede de Informação, Saúde, Sexualidade e Direitos Reprodutivos

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RELACAHUPAN – Rede Latino-Americana e Caribenha para a Humanização do Parto e do Nascimento

RFS – Rede Feminista de Saúde

SEADE – Sistema Estadual de Análises de Dados

SOF – Sempreviva Organização Feminista

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termos de Ajuste de Conduta

UBM – União Brasileira de Mulheres

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

APOIO DE FINANCIAMENTO CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código 001.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Gestando a pesquisa	17
1.2 As escolhas.....	25
1.3 Os suportes.....	35
1.4 O plano de parto da tese.....	49
2 A MATERNIDADE NA IMPRENSA FEMINISTA (1979-2006).....	54
2.1 Imprensa tradicional e feminista.....	54
2.2 A politização da maternidade e o instinto materno.....	59
2.3 O direito de não tornar-se mãe ou de ser mãe de uma “escadinha”	73
2.4 “A vida pode trazer morte”: mortalidade materna no parto.....	81
3 O PARTO NA SOCIEDADE DO BIO/NECROPODER	108
3.1 O controle dos corpos	108
3.2 A medicalização do parto: assistência e/ou violência	117
3.3 Quadros de guerra: Parto normal X cesárea?	131
3.4 Direito ao luto e interseccionalidade	169
4 AUTONOMIA SEXUAL E REPRODUTIVA ÀS PARTURIENTES	192
4.1 Autonomia: preferências, assembleia e relatar a si.....	192
4.2 PAISM: Um lugar comum entre mulheres desiguais.....	216
4.3 Parteiras organizadas e casas de parto	228
4.4 “Movimentos” de humanização do parto	246
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DONAS DO PRÓPRIO PARTO?	272
REFERÊNCIAS.....	280
Fontes:.....	280
Bibliografia:	282
APÊNDICE: ENQUADRAMENTOS DOS JORNAIS	295

Dedico esta tese às vítimas de violências de gênero, sobretudo aquelas que não puderam relatar sua dor.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Gestando a pesquisa

Na madrugada de 1º de abril, dois poderes, a Medicina e a Justiça, produziram uma cena histórica no Brasil. Nela, uma mulher em trabalho de parto, Adelir Lemos de Goes, 29 anos, foi arrancada de sua casa, na zona rural do município gaúcho de Torres, por um oficial de justiça e policiais armados. Em seguida, ela foi obrigada a entrar numa ambulância. Se não entrasse, prenderiam seu marido, Emerson Guimarães, 41 anos, técnico em manutenção industrial. Apavorada, com contrações a cada cinco minutos, preocupada com o susto dos filhos pequenos, Adelir foi escoltada até o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes. Lá, mais uma vez, foi obrigada por ordem judicial a deixar-se cortar. Contra a sua vontade, tiraram do seu útero, por cesariana, seu terceiro filho, uma menina. Naquela madrugada, Adelir descobriu que dois espaços que considerava privados, invioláveis, tinham sido invadidos no meio da noite: sua casa, seu corpo. Ao amanhecer, Adelir não pertencia sequer a si mesma. [...] O que, com aquele barrigão, ela poderia ter feito de tão errado para ser alvo de uma força de repressão daquele tamanho, tão rara nas ruas de Torres, mais ainda no interiorzão? Para que tantos homens armados diante de uma mulher barriguda? [...].

(BRUM, 2014)¹.

O tom literário da escrita de Eliane Brum comove a ponto de se acreditar que a situação relatada foi ficção. Entretanto, a violência sofrida por Adelir está bem longe de ser uma invenção. Foi uma violação produzida pelos discursos jurídico e médico. De acordo com Foucault (2001, p. 8) são “discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, [...] formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica. Discursos que podem matar”.

Os discursos do tribunal e do cientista possuem esse estatuto de verdade e por isso, estariam alheios as regras do Direito, a necessidade de provas para a condenação. Com esse saber-poder em mãos, eles podem acusar de um crime antes mesmo dele ser cometido. A partir disso, o criminoso é “responsável por tudo e responsável por nada” (FOUCAULT, 2001, p. 26). Não é um sujeito de direitos. É objeto de um saber de reparação e correção. Logo, reconduzir Adelir ao hospital e submetê-la a contragosto à cesárea, é sua punição por não ter se deixado governar.

¹BRUM, Eliane. A potência de Adelir: Que dogmas tão profundos a gestante de Torres feriu para ter seu corpo violado pelo Estado na calada da noite. 14/04/2014. **El País**. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html Acesso em: 22 set. 2019.

O caso dessa parturiente de Torres do Rio Grande do Sul (RS), dada a repercussão midiática, ganhou ares de exceção, mas ao contrário, é representativo de tantos outros no país. O discurso da mídia tem esse poder de sensibilizar e o parto de Adelir inunda meu imaginário e me instiga, ainda mais, a pesquisar o tema dessa tese – a autonomia e a precariedade dos corpos ao parir. Apesar de ser um evento posterior à temporalidade proposta para análise (1979-2006), recoloco o questionamento feito por Brum (2014) em alusão à potência e à vulnerabilidade de mulheres como Adelir: “Para que tantos homens armados diante de uma mulher barriguda?”.

Antes do drama vivido por Adelir, começou meu desejo em estudar a parturição. Em 2012 integrei um projeto sobre ofícios tradicionais em extinção na região sul do Rio Grande do Sul (GILL, 2012) como bolsista de iniciação científica. Tive interesse por dois ofícios considerados femininos, as tecelãs e as parteiras e comecei a buscá-las para entrevistar. Por muito tempo essa busca foi frustrante em relação às parteiras, pois ao ir encontrá-las obtinha como resposta que haviam falecido ou parado de atuar. Desse modo, comecei a entrevistar estas parteiras que já tinham “descansado a tesoura” e a partir desses depoimentos e de outras fontes construí o Trabalho de Conclusão de Curso² no Bacharelado em História e a dissertação de Mestrado em História³ na Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

No Mestrado realizei dez entrevistas de História Oral com parteiras que atuaram em hospitais e a domicílio nas zonas urbana e rural da região sul do RS, entre 1960-1990. Também entrevistei um médico que foi coordenador da vigilância sanitária e uma auxiliar de Enfermagem que atuaram na mesma região e período. Tive como objetivo analisar os saberes e as transformações do ofício de parteira nesta região e as relações de gênero que as parteiras estabeleceram com suas comunidades (SILVA, 2017).

No ano de 2012, um movimento posteriormente denominado de “Marcha pelo parto em casa” (GONÇALVES, 2014) ocupou ruas de pelo menos 30 cidades brasileiras, entre junho e agosto, algumas expondo suas barrigas de grávida, pintadas com a imagem de fetos ou com frases de ordem e carregando seus filhos e

² SILVA, Eduarda Borges da. **Narrativas paridas:** Entre higienização e industrialização, parteiras da Região Sul do RS rememoram seu ofício. 63 f. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Bacharelado em História, Instituto de Ciências Humanas, UFPel, Pelotas, 2014.

³ SILVA, Eduarda Borges da. **Partejar e narrar:** o ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990). 2017. 174f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Instituto de Ciências Humanas, UFPel, Pelotas, 2017.

cartazes escritos “*Pari em casa*”; “*O parto é meu*”; “*Meu corpo, minhas escolhas*”. Além das mães, em algumas cidades do Nordeste caminharam as parteiras tradicionais e nas regiões Sudeste e Sul do país as obstetrias e enfermeiras obstétricas, que apesar da formação acadêmica, por vezes, se apresentam como “parteiras contemporâneas”, sobretudo nas redes sociais e *blogs*. Também participaram estudantes, pais e médicos/as que se identificavam como militantes do “Movimento de humanização do parto”.

De acordo com Carmen Tornquist (2002, p. 483-484) o movimento de humanização do parto propõe mudanças no modelo de atenção, tendo por base a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1985. Pode ser entendido como um conjunto de medidas que “busca desestimular o parto medicalizado [...] e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas [...], consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais”. Enquanto movimento político é ora criticado, ora reivindicado por diferentes atores sociais, entre eles, médicas e médicos, parteiras tradicionais, enfermeiras obstétricas e parturientes.

Ingressei no Doutorado em História da UFRGS com um projeto sobre o movimento de humanização do parto e suas relações com o feminismo. Ao longo dos encontros de orientação e das disciplinas do PPGH reformulei o tema de pesquisa e ampliei para as relações entre parto e feminismo, inicialmente sem um problema definido.

Comecei a busca em jornais feministas na *Internet* e a partir de um grupo de estudos no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre a Mulher e Gênero (NIEM – UFRGS) me deparei com um acervo de jornais. Logo, descobri que a documentação havia sido reunida por pesquisadoras vinculadas ao NIEM e abarcava desde a década de 1970 ao começo do século XXI, englobando justamente o período de pesquisa que havia considerado.

Felizmente, localizei muitas matérias sobre parto e feminismo, inclusive de jornais que temos poucas informações e não estão disponíveis *online* e que, talvez, não teria acesso de outro modo, como o *Informama – Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia* e o *Impresso Ventre – Publicação da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova*. Além da imprensa feminista, o acervo também contém jornais

(principalmente recortes) da imprensa tradicional⁴ que abordam questões das mulheres e das relações de gênero, isto significa que, todo o material versa sobre temas de gênero.

De acordo com Céli Pinto (2003) os temas da violência e da saúde tornaram-se centrais para o movimento feminista na década de 1980. Junto à maternidade e à prevenção do câncer, três novos temas foram inseridos nos debates sobre saúde: planejamento familiar, sexualidade e aborto.

O final da década de 1970 e o início da seguinte foram marcadas pelas políticas de controle demográfico, destinadas aos países pobres. Enquanto isso, na Europa eram divulgadas campanhas natalistas em decorrência do grande número de mortos na Segunda Guerra Mundial. A partir da teoria de Thomas Malthus (1766-1834), economista e pastor da Igreja Anglicana que acreditava que a população crescia mais rápido que os meios de subsistência, se defendia a necessidade de reduzir o número de filhos (PEDRO, 2010). Culpando os pobres pela própria pobreza, o controle de natalidade foi feito por empresas estrangeiras, sobretudo, estadunidenses e, através dos corpos das mulheres, que ingeriam contraceptivos com alta dosagem hormonal e eram esterilizadas. Sendo a laqueadura tubária um método de esterilização praticamente irreversível feita, geralmente, junto da cesariana e, por vezes, sem consentimento da mulher.

Para Pinto (2003, p. 83) as feministas exerciam um “grande papel” e, acrescento que, provavelmente, um grande dilema, ao elaborar projetos de planejamento familiar. Tiveram de lidar com a “vontade de limitar drasticamente o número de filhos”, expressa por algumas mulheres, pensando em acolher suas demandas em um país tão desigual, como o Brasil. Pois, “se isso parecia um direito para as mulheres intelectualizadas de classe média, tomava ares de política pública conservadora quando o alvo eram as camadas populares”.

A falta de um debate sobre a necessidade de uma política de planejamento familiar que respeitasse as decisões das mulheres sobre os seus corpos foi – junto ao aborto e a percepção de que não deveriam ser saudáveis apenas no período gestacional, visto que suas vidas não se resumiam a reprodução – o motivo gerador do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Contudo, a cesariana já havia se estabelecido como outra possibilidade de dar à luz, em um

⁴ A distinção entre a imprensa feminista e a tradicional será realizada no próximo capítulo e uma maior descrição do acervo será feita adiante na seção sobre fontes e método.

processo denominado de “medicalização do parto”, que a tornou a principal via de parto hospitalar no país, sendo em alguns casos realizada por escolha da parturiente e não considerada uma imposição médica.

Apesar de ter localizado reportagens denunciando violências no parto desde 1979, a expressão “morrer de parto” era empregada com naturalidade, afinal, predominava o entendimento por parte da Igreja e do Estado de que a mulher havia cumprido sua missão máxima, gerar uma vida. Isto ganhava força se tratando de mulheres pobres, mães de “uma escadinha”, conforme a imprensa tradicional se referia aos filhos gestados em um intervalo curto de tempo, que possuíam uma pequena diferença de idade e tamanho entre si, compondo “os degraus” da “escadinha” (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/1996, p. 12). Portanto, as mulheres só eram responsáveis pela sua sexualidade e reprodução quando o objetivo era culpabilizá-las pelas recorrentes gestações, pela sua condição socioeconômica ou por sua própria morte.

Ao tentar propor a análise e escrita a partir da epistemologia feminista (da crítica feminista à ciência tradicional), considero importante reconhecer os privilégios do feminismo que represento, ou os limites de percepção do meu lugar social, da feminista que sou: mulher, branca, acadêmica e falo de um lugar que não protagonizo – a maternidade – pois, não sou mãe. Contudo, além de contextualizar e historicizar a prática científica, através da teoria feminista e do feminismo interseccional, eu também quero tornar esse espaço mais humano e sensível à dor das outras mulheres.

Antes de 1983 e da conquista do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) as políticas para a saúde da mulher eram materno-infantis. Para o Estado a mulher somente importava no exercício de sua função social de mãe. Desse modo, as mulheres eram consideradas necessitárias de amparo social, enquanto reprodutoras e cuidadoras. Nesse sentido, o PAISM promoveu uma crítica ao modelo de atenção com uma proposta de integralidade, ou seja, que a mulher fosse considerada digna de saúde em qualquer fase de sua vida, dona de seu corpo e com acesso à saúde psicológica. Apesar disso, o Programa nunca foi efetivamente implementado em todo o país. Outro momento de intenso debate ocorreu ao final da década de 1990 e começo do novo milênio, quando foi requerida a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Mortalidade Materna em 1996, tendo sido efetivamente instalada no ano 2000.

Ao longo da trajetória do movimento feminista brasileiro é inegável a atenção dedicada à saúde das mulheres, sobretudo referente à legalização do aborto. Pauta entendida como uma reivindicação à condição de cidadania das mulheres, de serem capazes de decidir sobre seus corpos e vidas. Ao analisar os periódicos feministas verifiquei a dedicação do movimento ao assunto.

Já o tema do parto aparecia nos jornais feministas, nesses primeiros anos analisados, de modo marginal, como o momento da mortalidade materna, ou seja, o assunto principal era a morte materna, sendo este inclusive, o assunto mais recorrente, conforme apêndice desta tese. Observei que o direito a um parto seguro foi uma demanda construída pelo movimento feminista, inicialmente, nesse cenário da morbi-mortalidade materna e não como pauta unitária ou central, no quadro dos direitos sexuais e reprodutivos, do mesmo modo que o aborto é reivindicado historicamente no movimento.

A demanda pela legalização do aborto tem o objetivo de capacitar a mulher para decidir livremente pelo exercício (ou não) da maternidade. Para isso é necessário acesso à informação de qualidade e aos métodos contraceptivos e, que as mulheres que não desejam manter uma gestação, possam receber suporte estatal para abortar de modo seguro, acabando com os abortamentos clandestinos que resultam, por vezes, em morte da mulher ou quando sobrevivem, não tenham de viver carregando uma culpa moralista pela decisão de governar seus corpos. É importante salientar que na área da saúde a morte da mulher decorrente de um aborto é entendida como morte materna, assim como o parto, quando tem esse desfecho trágico.

Nesse sentido, cabem algumas questões iniciais: Em que difere o parto do aborto quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos? Por qual motivo o movimento feminista não considerava o parto, ao menos inicialmente, no quadro desses direitos?

Simone Diniz (2000) membro do Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, criado em 1981, reconheceu que o parto era um tema marginal dentro do Coletivo na década de 1980:

Naquele momento, nossa luta priorizava garantir o acesso das mulheres à regulação de sua fertilidade como direito, não como obrigação. [...] Nesse contexto, o nosso treinamento inicial para a abertura do ambulatório (1985 e 86) sequer contemplou a questão da maternidade. [...] nossa primeira

conduta era a de referi-las à assistência pré-natal em outro serviço que esperávamos que fosse de boa qualidade. (DINIZ, 2000, p. 36-37).

De acordo com Diniz (2000), essa preocupação secundária com o parto se deveu a necessidade prioritária de tentar garantir as mulheres o controle sobre a sua própria fertilidade, referindo-se ao aborto e as esterilizações. A situação espantosa da esterilização compulsória foi divulgada a partir da instauração da CPI da esterilização em 1992, sendo por alguns autores considerada uma forma de genocídio da população negra (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012) e o aborto inseguro figura entre as causas da morte de mulheres no país. O intuito não é julgar que o tema do parto mereceria mais atenção que o do aborto e o da esterilização. Mas considerá-lo nesse contexto: Que lugar o parto ocupava nesse debate? Aparecia associado a quais temas nos jornais?

Após a Segunda Guerra Mundial, tentando refutar o determinismo biológico, as feministas questionavam a maternidade como fonte de opressão e reclusão da mulher ao lar e julgavam que negá-la poderia ser a única saída para alcançar a igualdade social entre mulheres e homens (SCAVONE, 2001). A maternidade compulsória existe como normativa social afetando, inclusive, as mulheres que não querem ou por condições biológicas não podem se tornar mães. Elas são julgadas socialmente como individualistas e questionadas recorrentemente sobre sua postura ou tidas como “defeituosas” e consideradas “menos mulher” em função da infertilidade ou esterilidade. Contudo, ao longo do tempo e das discussões teóricas, o feminismo reviu esse pressuposto e atualmente prevalece a ideia de que a maternidade é sim, fonte de opressão, tendo em vista a desigualdade na criação e responsabilização pelos filhos em relação aos pais, mas também pode ser considerada fonte de poder e prazer quando a mulher decide vivenciá-la e é devidamente amparada.

Ao tomar contato com o relatório da CPI da mortalidade materna se pode ter a dimensão do quanto debater as condições e o tema do parto é importante, afinal, a maioria das mortes maternas é em sua decorrência e poderiam ser evitadas: “uma constatação do Ministério da Saúde foi a de que 98% das mortes maternas seriam evitáveis, e que 68% delas ocorrem por ocasião do parto” (CPI, 2001, p. 100).

A luta pela descriminalização/legalização do aborto é pelo direito de decidir ser ou não mãe naquele momento específico de sua vida. Assim, identifica-se que o viés da escolha estabelece uma relação de poder. O poder de decidir. O parto

também “pode ser decidido”, escolhido, há opções de preferência (mais ou menos opções circunscritas pela raça, classe, territorialidade e também pelo gênero, pensando no caso das pessoas não cis-heteronormativas). Por enquanto, será definido esse poder de decisão como autonomia, termo que será debatido no decorrer do trabalho. Contudo, cabe explicar aqui apenas que essa escolha, na apreensão das autoras que serão utilizadas, nunca é totalmente livre, pois os sujeitos são precários, dependentes dos outros e de suportes sociais (BUTLER, 2018a), bem como, estão imersos em relações de constrangimento, coerção ou incentivo que influenciam suas preferências (BIROLI, 2014).

Desse modo, introduzo os problemas centrais dessa tese: Em que momento e como o feminismo brasileiro incluiu a pauta do direito de autonomia das parturientes ao próprio corpo em seus periódicos, entre 1979-2006? Quais os enquadramentos criados sobre o parto na imprensa feminista nesse período? O feminismo apresentou caminhos ou se colocou como o caminho para a construção da autonomia ao parir?

Com relação ao recorte temporal dessa pesquisa, ele começa em 1979, período em que o médico Moysés Paciornik publicou sua pesquisa sobre o parto de cócoras de mulheres indígenas no Paraná e observou que ao intervir minimamente, deixando-as escolherem a posição de parto, tinham poucas intercorrências. A posição de cócoras facilitava a circulação e a dilatação da mulher e a expulsão do feto, diminuindo a dor e o tempo do trabalho de parto, de acordo com seus estudos (PACIORNIK, 1997). Esse trabalho de Paciornik é importante, porque as teóricas da humanização do parto têm dificuldades em contextualizar origens brasileiras desse movimento, geralmente se referindo a eventos europeus ou estadunidenses. Nesse sentido, se acredita que o termo “direitos reprodutivos” se originou da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos dos EUA, criada em 1979 (CORRÊA; PETCHESKY, 1996), contudo, há marcos e especificidades do movimento no Brasil que devem ser considerados. Esse ano também é marcante pela promoção do Ano Internacional da Criança (gerando uma atenção às políticas materno-infantis) e pela formulação do Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW – ONU).

O período delimitado perpassa o começo da “segunda geração”⁵ da imprensa feminista, que de acordo com Elizabeth Cardoso (2004) estava mais preocupada com os temas de gênero, enfocando em saúde e sexualidade da mulher. O recorte temporal desta tese também abarca a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1983), a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a Constituição Federal em 1988, a criação da ONG C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser) em 1991 a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – REHUNA em 1993, as Conferências mundiais de Cairo (1994) e Pequim (1995), a CPI da mortalidade materna (2000-2001), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, a Lei que garante direito ao acompanhante no parto (Lei nº 11.108) em 2005 e o Dossiê sobre Mortalidade Materna, organizado pela Rede Feminista de Saúde, em seu impresso, em 2006. Já a delimitação do recorte espacial, em englobar todo o país, foi feita a partir da escolha das fontes que versam sobre todo o território nacional.

O objetivo principal desta tese de Doutorado é **compreender como a autonomia ao parir se constituiu em um debate/demanda feminista no Brasil, entre 1979-2006**. Já os objetivos específicos são:

- Analisar os posicionamentos feministas sobre a maternidade, debatendo o “instinto materno” e como o tema da mortalidade materna foi abordado pela imprensa feminista e pela tradicional.
- Refletir sobre o controle dos corpos e a medicalização do parto, atentando às violências sofridas pelas mulheres e suas interseccionalidades.
- Capturar enquadramentos sobre o parto e suas disputas discursivas ou “quadros de guerra” na imprensa feminista e fazer o contraponto com a imprensa tradicional.
- Discutir a autonomia sexual e reprodutiva às parturientes, apresentando espaços e ações de resistência, evidenciados pela imprensa feminista.

1.2 As escolhas

⁵ No capítulo dois será retomada a discussão sobre as gerações da imprensa feminista.

A partir da terceira geração dos *Annales*, chamada Nova História, a historiografia ganhou mais possibilidades. Novas perguntas e perspectivas tornaram-se objeto da História. A seleção de fontes para uma pesquisa passou a ser definida a partir do problema desta e não pelo seu suporte material ou oficialidade, alterando a concepção de documento histórico. Desse modo, a imprensa tornou-se fonte passível de análise e também objeto de pesquisa.

Tania de Luca (2008) elencou as atividades da imprensa e as do/a historiador/a:

[...] [A] imprensa periódica seleciona, ordena, estrutura e narra, de uma determinada forma, aquilo que se elegeu como digno de chegar até o público. O historiador, de sua parte, dispõe de ferramentas [...] que problematizam a identificação imediata e linear entre a narração do acontecimento e o próprio acontecimento (LUCA, 2008, p. 139).

Nesse momento, Luca (2008) chamou a atenção para a seleção feita pela imprensa. O que se analisa foi materializado na forma de notícia, ou seja, se deve questionar sobre os motivos que levaram aquele fato à publicidade, a se tornar notório e qual o destaque deste tema dentro do jornal/revista, bem como os discursos empregados ao narrar essa notícia e os significados que adquirem. A autora elencou os principais passos metodológicos para o trabalho com jornais: Localizar o jornal na história da imprensa, suas características materiais, a organização do conteúdo, o grupo responsável, as colaboradoras e os colaboradores, o público-alvo, as fontes de receita e analisar de acordo com o problema de pesquisa.

A maioria das fontes investigadas nesta tese pertence ao “Acervo Carmen da Silva”⁶. Ele foi criado em 08 de março de 1992 por pesquisadoras feministas (mulheres brancas e acadêmicas) que reuniram documentos com o intuito de reconstruir a história do movimento feminista no Rio Grande do Sul. O seu nome foi

⁶ O acervo está localizado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre a Mulher e Gênero (NIEM) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O NIEM foi fundado em 1984 e no começo desta pesquisa era coordenado pela professora Dr.^a Jussara Reis Prá e, atualmente, pela professora Dr.^a Maria Lúcia Moritz. De acordo com o relatório do projeto “Memórias e trajetórias do feminismo no Brasil” foi realizado um levantamento ao final da década de 1990 e este acervo continha 2.236 títulos sobre a região de Porto Alegre (PRÁ, 2017). Contudo, depois disso, continuou a ser alimentado e apenas uma parte está catalogada. A documentação compreende diversos suportes: revistas, jornais, recortes de jornais, panfletos, folders, cartazes e livros. Outros temas, para além de maternidade, podem ser localizados nesse conjunto documental, tais como: sindicatos, partidos políticos, comportamentos, violências de gênero e saúde da mulher.

escolhido para homenagear a escritora e jornalista feminista Carmen da Silva ⁷, que entre 1963 e 1985 escreveu a seção “A arte de ser mulher” na revista *Claudia* (PRÁ, 2017). A documentação compreende materiais sobre todo o país e algumas revistas internacionais e, a temporalidade varia, da década de 1970 até o começo do século XXI.

O Acervo Carmen da Silva, em virtude de não estar catalogado é um material pouco conhecido e utilizado pelos/as pesquisadores/as. Conforme dito, contém alguns jornais que não estão disponíveis *online* e a imprensa alternativa de um modo geral, tinha poucas fontes de renda, tanto para a manutenção das edições quanto para a guarda e conservação das versões físicas desses jornais, inviabilizando, assim, seu acesso. Apesar da diversidade do Acervo, que engloba jornais de pequeno e grande porte, ele representa um recorte da imprensa brasileira no período sobre questões de gênero, sobretudo das mulheres e do movimento feminista. Um quadro estabelecido pelos interesses das pesquisadoras que o reuniram e que é novamente recortado pelo problema de investigação desta tese.

Ao todo foram fotografados⁸ 27 títulos de jornais/revistas do Acervo Carmen da Silva sobre maternidade e parto, entre os anos de 1979 e 2006, conforme apêndice. Contudo, foi necessário aprimorar o recorte, para aqueles jornais que efetivamente enquadraram o parto. Assim, os títulos analisados foram: *Zero Hora*; *Folha de S. Paulo*; *Consumidor S.A.*; *Tempo e presença*; *Carta da Cepia – Informativo Semestral*; *Dar à luz – Rede Nacional de Parteiros Tradicionais*; *GENTE: mulher, procriação, ecologia - Boletim da Rede de Defesa da Espécie Humana (REDEH)*; *Jornal da Rede Saúde - Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos* e, sua versão em fax, *a Rede Fax - Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*; *Informama – Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia*; *Mulher e Saúde – Boletim do SOF (Sempreviva Organização Feminista)*; *Mulheres em dados*; *Cunhary Informa - Rio das Mulheres (Boletim Bimestral da Rede Mulher)*; *Dito e Feito – Boletim Informativo do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher*; *Redir – Rede de Informação, Saúde,*

⁷ Para saber mais sobre Carmen da Silva consulte a tese de Natalia Pietra Méndez. “**Com a palavra o segundo sexo:** percursos do pensamento intelectual feminista no Brasil dos anos 1960”.

⁸ Alguns jornais/revistas foram fotografados todo o número, principalmente quando se tratavam de dossiês sobre maternidade e outros apenas a matéria que abordava o tema em pesquisa, dado o volume documental.

Sexualidade e Direitos Reprodutivos; Boletim Rehuna e Viva; Impresso Ventre – Publicação da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova.

Além disso, se buscou jornais feministas que estão disponíveis *online*⁹: *Nós, mulheres; Mulherio; Fêmea – CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria); Jornal da Rede Feminista de Saúde e Folha Feminista – Boletim da SOF.* Destes, o *Nós, mulheres*, o *Mulherio* e o *Fêmea* estão com a coleção completa *online*. Apesar disso, o *Nós, mulheres* compreende uma temporalidade que não está em estudo (1976-1978). Com relação ao *Jornal da Rede* foi feito o cruzamento entre as edições disponíveis *online* e as que estão no Acervo Carmen da Silva, selecionando as que tratam do tema de pesquisa. Levando em conta o fato de o Acervo não estar catalogado, nem possuir as séries completas, somente serão analisados na íntegra o *Mulherio* (de 1981 a 1988) e o jornal *Fêmea* (no recorte de 1992 a 2006), os quais abrangem a duração temporal desta pesquisa. Totalizando 19 periódicos distintos.

Conforme se pode observar pelos quadros no apêndice, os jornais em que a palavra parto mais apareceu, no recorte estabelecido, foram *Mulherio* e *Fêmea*, possivelmente porque foram os únicos analisados na íntegra. Já os periódicos da imprensa tradicional no Acervo Carmen da Silva¹⁰ que mais o abordaram foram *Folha de S. Paulo* e *Zero Hora*. Há uma variedade de autoras e autores nas fontes analisadas, mas se identificou as/os mais recorrentes: Carmen Barroso¹¹ e Inês Castilho¹², na imprensa feminista e na imprensa tradicional, Aureliano Biancarelli¹³.

⁹ Alguns destes jornais foram também localizados no NIEM.

¹⁰ É importante explicar que se localizou, no Acervo Carmen da Silva, edições de *Mulherio* e *Fêmea*, contudo, somente pela *Internet* foi possível acessar suas séries completas, por isso, estes jornais são referenciados de modo externo ao Acervo.

¹¹ Carmen Barroso é uma cientista social, pioneira nos estudos de gênero no país. Foi Presidenta da Comissão de Direitos Reprodutivos do Ministério da Saúde, professora de Ciências Sociais na USP e pesquisadora da Fundação Carlos Chagas. Dirigiu o Programa de População e Saúde Reprodutiva da Fundação MacArthur, foi diretora da *International Planned Parenthood Federation* para o Hemisfério Ocidental, e atualmente, é uma das principais representantes internacionais em relação ao tema dos direitos reprodutivos, fazendo parte de um grupo de especialistas da ONU que constroem estratégias para a Saúde da Mulher e da Criança. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/cientista-social-brasileira-e-ong-polonesa-vencem-pr%C3%AAmio-de-popula%C3%A7%C3%A3o-da-onu> Acesso em: 21 set. 2019.

¹² Inês Castilho é uma jornalista que atuou nos periódicos feministas *Nós, mulheres* e *Mulherio*. Atualmente, escreve para o site *Outras palavras*. Também se dedicou ao cinema, produzindo filmes como *Mulheres da Boca* (1982) e *Histerias* (1983). Para saber mais sobre a atuação de Inês em *Mulherio*: JANUÁRIO, Maria Júlia Castro. **Inês Castilho e *Mulherio***: um estudo sobre pautas feministas como forma de resistência à ditadura civil-militar. TCC (Relações Internacionais). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis-SC, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188614/monografia%20Maria%20Julia%20Castro%20Januario.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 21 set. 2019.

¹³ Aureliano Biancarelli é jornalista há mais de 40 anos, trabalhou em grandes veículos da imprensa tradicional como a *Folha de S. Paulo* e o *Estadão*, tendo maior atuação nos temas relacionados à

Quanto às cidades de maior produção desses jornais constam São Paulo – SP, onde foi produzido *Mulherio* e Brasília – DF, onde elaboraram o *Fêmea*, embora o Acervo Carmen da Silva tenha parte considerável da documentação produzida no Rio de Janeiro – RJ, alguns números de Porto Alegre – RS, Olinda – PE, Juiz de Fora – MG, Rio Branco – AC, entre outras cidades.

O parto apareceu como tema principal em algumas reportagens, em outras ocupou papel secundário, como no debate da mortalidade materna ou foi utilizado para substituir o sentido de outra palavra, como na expressão “antecipação terapêutica do parto” que é utilizada como referência ao aborto dos fetos anencéfalos. Parte do Acervo Carmen da Silva é composto por recortes, impossibilitando a análise conjuntural da edição daquele jornal, bem como sua análise em série. Contudo, se conseguiu identificar a estrutura básica da maioria deles (título, autoria, nome do jornal, data, página, etc.). Diversas são as estruturas dos textos selecionados, prevalecendo artigos de opinião, notícias, reportagens, editoriais e entrevistas que possuem uma lógica organizacional e argumentativa própria. Ao longo da tese as matérias serão analisadas em profundidade, principalmente, aquelas em que o parto apareceu como tema principal. Por ora, será abordado o conceito de enquadramento que auxiliará na análise metodológica do parto na imprensa.

Em “Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?”, Judith Butler (2018b) instiga a refletir sobre como o poder enquadra o olhar sobre os corpos. Para a autora, uma vida não é perdida se antes disso, não for considerada viva, se não possuir os meios necessários e o reconhecimento para ser vivível. Existe uma qualificação para ser considerada vida no sentido pleno do termo, ou em sua redundância, uma vida que de fato pode viver. Há um enquadramento epistemológico que opera nessa distinção entre a vida precária e a vida vivível – ou autônoma, como se pretende defender. Normas regulatórias atuam de modo a maximizar a precariedade para uns e minimizar para outros. No entendimento de Butler, todas as vidas são precárias já que dependem dos outros e de estruturas sociais para sobreviver, mas existem vidas demasiadamente precárias, que não causam comoção alguma, que praticamente não possuem a qualificação de uma

saúde e direitos humanos. Também é autor da coletânea de reportagens *Cirurgia em Campo Aberto*. Nesse texto relatou sobre sua atuação: BIANCARELLI, Aureliano. Colhendo Verdades, Frutos Proibidos e Relatividades. **CREMESP**, ed. 24, jul-set/2003. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Revista&id=92>. Acesso em: 21 set. 2019.

vida. Esta constatação coloca o dilema ético de proteger toda e qualquer vida contra a violação, como forma de proteger a sua própria vida.

Essas reflexões sobre precariedade e autonomia das vidas serão desenvolvidas ao longo da tese. Por ora, se utilizará a discussão sobre enquadramento para apreender as molduras feitas em torno do parto na imprensa feminista e na tradicional, a partir das fontes analisadas. Ou seja, nesse momento, se empregará o debate teórico de Butler sobre enquadramento para pensar metodologicamente meu objeto.

O enquadramento não dá conta de uma totalidade. Ele propõe um recorte, uma representação do real. Esse recorte é definido a partir de interesses que conflitam, sendo que um deles prevalecerá. Os jornais realizam esse trabalho de regulação ao decidir o que virará notícia e qual posição ela ocupará dentro do jornal. Se determinado tema dominará o debate central ou será secundário, podendo ser apreendido junto ao tema principal. Se terá destaque ou não e por quanto tempo permanecerá aparecendo. Não menos importante, é o tom da sua enunciação, se há intenção de promover comoção e qual tipo de comoção. Portanto, há um conflito de interesses no estabelecimento desses “quadros de guerra”.

A motivação desta tese é fazer uma trajetória do parto nos jornais para discutir se houve um debate sobre a autonomia ao parir no movimento feminista e em caso afirmativo, como foi travado. Levando em conta que os jornais da imprensa feminista eram, muitas vezes, associados a grupos feministas, e a diversidade dos jornais utilizados, se justifica que a imprensa referida, de certo modo, representava o pensamento deste movimento no período. Já a imprensa tradicional, principalmente a *Folha de S. Paulo* é usada para contrastar com o discurso das militantes. A partir da palavra “parto” se busca suas aparições na imprensa tradicional e na alternativa (feminista) e as formas que foi utilizada. Nos jornais com acervo disponível *online* foi possível fazer a busca pela palavra no campo de pesquisa, contudo, no Acervo Carmen da Silva a busca foi feita através da leitura flutuante.

Identificou-se quais os temas que o parto mais aparece associado ou é o tema principal, entre o período 1979 a 2006, na imprensa feminista (conforme apêndice): mortalidade materna, cesariana, parto normal, parteiras, saúde da mulher e parto humanizado. O tema que recebeu maior atenção das feministas foi o da mortalidade materna. Por isso, compõe parte importante do debate do capítulo dois e perpassa toda a tese.

Por meio dessa classificação se identificou o trabalho de enquadramento do parto, entendendo que os limites estabelecidos na produção de imagens/interpretações sobre a parturição não são construídos de modo arbitrário. Eles cumprem certas exigências e propósitos. Há também condições para a sua aparição e manutenção. O enquadramento é um trabalho de elaboração de sentido e leitura. Ele gera uma nova imagem, um novo conteúdo, que visa substituir a imagem inicial, tomando a posição da real, passando a ideia de autenticidade, de ser a própria coisa/evento e não uma representação daquilo.

[...] procuro chamar atenção para o problema epistemológico levantado pela questão do enquadramento: as molduras pelas quais aprendemos, ou na verdade, não conseguimos apreender a vida dos outros como perdida ou lesada [...] são em si mesmas operações de poder (BUTLER, 2018b, p. 13-14).

Segundo Butler o enquadramento é uma operação de poder, de inclusão ou exclusão, de aparição ou apagamento, delimitando essas molduras de acordo com o contexto político-social.

Quando um quadro é emoldurado, diversas maneiras de intervir ou ampliar a imagem podem estar em jogo. Mas a moldura tende a funcionar, mesmo de uma forma minimalista, como um embelezamento editorial da imagem, se não como um autocomentário sobre a história da própria moldura. Esse sentido de que a moldura direciona implicitamente a interpretação tem alguma ressonância na ideia de *incriminação/armação* como uma falsa acusação. [...] Uma determinada maneira de organizar e apresentar uma ação leva a uma conclusão interpretativa acerca da própria ação. (BUTLER, 2018b, p. 23).

As formas de organização e apresentação desses quadros direcionam a interpretação da/o(s) leitoras(es). Por isso, é necessário “enquadrar o enquadrador”, ou seja, entender quem cria essa moldura e quais os seus interesses. Não compreender somente o conteúdo, mas também a história desse enquadramento.

[...] questionar a moldura significa mostrar que ela nunca conteve de fato a cena que se propunha ilustrar, que já havia algo de fora, que tornava o próprio sentido de dentro possível, reconhecível. [...] Algo ultrapassa a moldura que atrapalha nosso senso de realidade (BUTLER, 2018b, p. 24).

Em suma, há um trabalho ideológico da imprensa no momento em que ela dá atenção a determinado tema, nas formas em que o apresenta, nos contextos de produção e reprodução desses quadros. Embora o enquadramento tenha por objetivo a fixação para reter um discurso, ele não consegue se manter invariável. Para se reproduzir ele necessita de novos contextos. Por isso, Butler afirmou que o

autorrompimento é inevitável e, que há uma trajetória da comoção, no qual o quadro é ora aceito, ora criticado, podendo inclusive, não ser acreditado. Contudo, é nesse processo de questionamento das bordas que elas transbordam gerando novas imagens e significados.

A análise do discurso, enquanto uma teoria dos sentidos observa a fixação provisória dos sentidos.

O discurso existe porque ele é uma tentativa de dar sentido ao real, uma tentativa de fixar sentidos, precária, mas exitosa: precária enquanto não essencial e por isso, constantemente ameaçada de ser desconstruída; exitosa porque, no que pese a ameaça, contém uma continuidade histórica. Quando o tema é o discurso político, esta dinâmica é muito simples de ser observada: o que é um discurso político, se não uma repetida tentativa de fixar sentidos em um cenário de disputa? (PINTO, 2005, p. 80).

Não há um método propriamente dito na análise de discurso e cada trabalho é exclusivo na medida em que se constitui. Não há um significado estabelecido nas palavras de antemão, sendo necessário considerar o seu funcionamento em um contexto. De acordo com Orlandi (2003) o sentido do discurso se dá pelas posições ideológicas em que as palavras são produzidas, já que o discurso “é palavra em movimento” (ORLANDI, 2003, p. 15). As leituras metodológicas sobre análise de discurso contribuíram com o emprego da epistemologia feminista e do método do enquadramento que se apreende na obra de Butler (2018b). Entende-se que ao fazer a análise do enquadramento é possível e necessário fazer uma análise do conteúdo discursivo, compreendendo que essas molduras podem ser múltiplas e contraditórias e travam debates.

Céli Pinto (2005) observou as diferenças que sustentam três discursos: o científico, o da mídia e o político. No discurso científico a presença do sujeito é desqualificada, ele tem sua existência negada, já que nesta narrativa o “não saber” deve se transformar em um “saber”. O emissor do discurso científico deve se esconder e dar o tom de objetividade para aquilo que investigou, afirmou Pinto (2005, p. 85). Além disso, cabe colocar que o discurso científico tende a invisibilizar os sujeitos investigados e suas particularidades em prol de observações numéricas e do todo, sobretudo se tratando de mulheres no contexto da Medicina. Contudo, é “o sujeito mais sofisticadamente construído, pois jamais pode falar sem antes apresentar um currículo, ter títulos, locais específicos, departamentos, universidades, editoras” e, ainda, é um discurso “feito para os pares”, que

propositalmente tende a ser de difícil compreensão, gerando dificuldades a quem tenta contrapô-lo.

Já o discurso da mídia tem por características básicas, na visão de Pinto (2005, p. 86) “a busca da verdade e a objetividade”. Contudo, não é uma objetividade que busca neutralizar ou apagar o sujeito. Pelo contrário, reivindica a “presença dos sujeitos com posições opostas”.

[...] jornais são ainda mais veementes ao se colocarem como o discurso da verdade: defendem suas posições a partir dos mesmos princípios do discurso científico, fazem análises cuidadosas, citam autoridades científicas nacionais e internacionais, discutem políticas públicas a partir de indicadores aceitos como confiáveis na academia. O jornalismo escrito busca a objetividade, se coloca como o analista imparcial (PINTO, 2005, p. 87).

Por sua vez, o discurso político se impõe aos outros. No jogo das significações é o discurso que apresenta maior vulnerabilidade. “Ele sofre cotidianamente a desconstrução, ao mesmo tempo só se constrói pela desconstrução do outro. É, portanto, dinâmico, frágil e, facilmente, expõe sua condição provisória”. Contudo, “é o discurso do sujeito por excelência”. (PINTO, 2005, p. 89). Além disso, explicita seu poder: “enquanto os outros tendem a deslocar seus desejos de poder, tornando-os opacos, o discurso político explicita sua luta pelo poder [...], pois, a explicitação de seu desejo de poder é o próprio discurso”. (PINTO, 2005, p. 92).

Ainda cabe salientar que o quadro não é o assunto da notícia, mas o que a torna inteligível, como organiza a realidade. Os enquadramentos midiáticos podem ser fonte de dominação, mas também podem ser produtores de negociação entre seus pontos de vista. E, não representam o mundo tal como ele é somente, mas são também projetos de mundo e intenções de modificá-lo, a partir de uma dada posição ideológica onde cabe essa utopia.

Ressalta-se que o intuito é fazer uma história sobre o parto *por meio* da imprensa feminista utilizando-a na condição de fonte histórica, sem se deter a análise da imprensa, mas sim ao tema de pesquisa (LUCA, 2008). Considerando que, por muito tempo, foi relegada a condição de fonte histórica aos jornais, pois se acreditava que forneciam imagens subjetivas e parciais, como se outras fontes produzissem uma representação mais objetiva, total e desinteressada politicamente. Todavia, a partir dessa nova concepção historiográfica, oriunda da crítica da Escola

dos *Annales*, jornais/revistas tradicionais e alternativos puderam ser considerados fontes e as subjetividades acolhidas como parte importante de análise.

Faz-se necessário introduzir uma breve explicação sobre o que se entende por imprensa feminista¹⁴. É uma mídia que constrói discursos alternativos, que podem ser contra hegemônicos e de resistência ao denunciar opressões e mobilizar mulheres em busca de direitos sociais. O movimento feminista percebia que a mídia podia perpetuar papéis de gênero ou questioná-los, a partir da opinião pública e que esse espaço da imprensa constituía-se em um importante mecanismo de luta. Nessa perspectiva, a imprensa feminista surgiu pela falta de espaço e para se contrapor aos meios de comunicação tradicionais, diferindo deles ao utilizar outros discursos, outros enquadramentos e silenciamentos, por vezes, outros suportes devido a menor renda, e por exercer um ativismo midiático pautado pelas demandas do movimento. Motivos pelos quais também difere e, muitas vezes, se contrapõe à imprensa feminina, apesar de também se destinar ao público feminino (WOITOWICZ, 2011).

Outras fontes além dos jornais foram analisadas: O programa que regulamenta o PAISM: “Assistência Integral à Saúde da Mulher – Base de Ação Programática” produzido pelo Ministério da Saúde em 1983 e as diretrizes da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM, 2004), também produzido pelo Ministério da Saúde; o Relatório da CPI da Mortalidade Materna (2001); o “Dossiê de humanização do parto” produzido pela Rede Feminista de Saúde em 2002; o texto integral da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher (CEDAW - ONU) de 1979 que é o primeiro tratado internacional a dispor sobre os direitos das mulheres, no intuito de reprimir discriminações e promover igualdade de gênero; o Relatório final do CEDAW ONU (2011) sobre o Caso de Alyne da Silva Pimentel e o Relatório do Governo Brasileiro (CEDAW BRASIL) tomando providências sobre o mesmo caso (documento de 2014). Além destes, os relatórios de duas Conferências internacionais: a “Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento” (CIPD) realizada em Cairo – Egito, em 1994 e a “IV Conferência Mundial sobre a Mulher” que aconteceu em Pequim – China, em 1995¹⁵. Ainda, a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde que institui o Programa de Humanização no Pré-

¹⁴ Essa discussão será aprofundada no capítulo dois.

¹⁵ Fontes disponíveis *online*.

natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 que garante em âmbito nacional o direito à presença de acompanhante no parto. Por fim, a Carta de Campinas, documento fundador da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - REHUNA (1993).

Também se investigou: “Parto: tempos de ser e de nascer” (1997) produzido pelo Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural (Ser Mulher) de Nova Friburgo, RJ, material fruto de um seminário realizado na mesma cidade em 1997 para discutir o índice de cesarianas¹⁶; a “Cartilha Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher” (2000), projeto coordenado por Maria José de Oliveira Araújo, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, com apoio do Ministério da Saúde¹⁷. Por fim, dois folders localizados no Acervo Carmen da Silva: o da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento em Fortaleza – CE (2000) e o do Encontro de Parteiras Tradicionais de Pernambuco da Rede nacional de parteiras tradicionais em Fazenda Nova – PE (1996).

1.3 Os suportes

A História se constituiu enquanto campo do saber a partir do século XIX. Jules Michelet, um dos historiadores desse período, escreveu sobre as mulheres e chegou a pensar que as “relações entre os sexos” poderiam ser um dos motores da história, diferentemente do desprezo de Charles Langlois e Charles Seignobos da “Escola Positivista” pelo tema. Reproduzindo a ideologia vigente, sexista e racista, Michelet associou os homens à Cultura e as mulheres à Natureza. “Segundo ele, a natureza feminina tem dois pólos, um branco e um negro: de um lado, a maternidade, o doméstico; de outro, a superstição, a crueldade, o sangue, a loucura, a histeria” (PERROT, 1995, p. 14).

Na década de 1970 a Nova História se mostrou mais aberta a reflexões sobre a “dimensão sexuada”, contudo a abertura ao tema se deu através de outras disciplinas, como a Sociologia e Antropologia. Enquanto, o espaço acadêmico acolhia as mulheres enquanto profissionais, principalmente na área das Línguas e Literatura. O fator decisivo para a abertura da História aos estudos sobre as

¹⁶ Localizado no Acervo do NIEM.

¹⁷ Localizada no Acervo do NIEM, mas também está disponível *online*.

mulheres foi o próprio movimento feminista, que ao mesmo tempo, que demandava ação, fazia a reflexão. “As feministas falavam de bom grado em ‘ciência feminista’ e ‘ruptura epistemológica’” (PERROT, 1995, p. 19). Nesse sentido, Perrot (1995, p. 9) defendeu que escrever uma história das mulheres parte da concepção inicial de que elas “têm uma história e não são apenas destinadas à reprodução, que elas são agentes históricos e possuem uma historicidade relativa às ações cotidianas, uma historicidade das relações entre os sexos”.

Por fim, Perrot (1995, p. 24) colocou o questionamento entre fazer uma história das mulheres ou da “relação entre os sexos”, mencionando Joan Scott e considerou que a ideia da diferença entre masculino e feminino ser uma construção histórica e cultural “convém particularmente ao procedimento histórico. Posto que a diferença entre os sexos é uma construção, pode-se assim desconstruí-la, em todos os níveis (teorias e práticas, representações e fatos materiais, palavras e coisas)”.

Já Joan Scott (1989, p. 3) trabalhou com o conceito de gênero, mas também advogou sobre a importância do trabalho das pesquisadoras feministas: “as pesquisadoras feministas assinalaram muito cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas como também iria impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente”. Contudo, entre utilizar história das mulheres ou das relações de gênero, defendeu o emprego da última categoria, como uma estratégia na busca por “legitimidade acadêmica pelos estudos feministas nos anos 1980”.

O conceito de gênero ganhou força a partir dos anos de 1980, sendo compreendido como uma categoria de análise histórica, socialmente construída, que pode revelar diferenças sexuais e papéis sociais, permeados por relações de poder. Scott (1989, p. 16) salientou que se deve dar atenção aos significados, aos modos que cada sociedade em particular representa o gênero. A própria concepção de homem e mulher pode variar segundo o contexto social aplicado. “[...] o masculino e o feminino não são características inerentes e sim construções subjetivas (ou fictícias). Essa interpretação implica também que o sujeito se encontra num processo constante de construção”.

Para Butler (2018c, p. 69) “o gênero é [...] um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser”. O gênero é construído na performatividade, nessa prática reiterativa e citacional, no

movimento de materialização dos corpos, é ontológico. Em sua percepção, o gênero é produzido dentro da norma da heterossexualidade, reforçando-a. Por isso, defendeu que a sua teoria da performatividade tinha por objetivo “relaxar o domínio das normas sobre a vida generificada [...] com a finalidade de viver uma vida mais vivível. [...] oferecer apoio e afirmação para os que realizam essas rupturas”. Os que corrompem a normatividade ficam expostos à precariedade, “ao dano, à violência e à morte”, pois o Estado não protege os seus cidadãos de modo suficiente (BUTLER, 2018a, p. 40).

Ainda, Butler (2018c, p. 20) alertou que “a crítica feminista também deve compreender como a categoria das ‘mulheres’, o sujeito do feminismo, é produzida e reprimida pelas mesmas estruturas de poder por intermédio das quais busca-se a emancipação”. Nesse sentido, é necessário estar atenta aos perigos da reafirmação do sujeito mulher, pois se luta pela visibilidade e ampliação dos direitos às mulheres e, simultaneamente, se luta pela emancipação dessa carga identitária que as impõe alguns lugares sociais e restringe o acesso a outros. Há necessidade de questionar a categoria mulher e compreender que o feminismo não tem e não precisa ter uma base identitária comum, mas precisa se organizar como ação comum em busca de uma vida vivível. Butler dialogou com essa necessidade de repensar o feminismo, no qual sujeitos não hegemônicos possam desconstruir identidades universalizantes, em busca de uma coligação política menos excludente. Para a filósofa, é impossível separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais, pois “se alguém ‘é’ uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; [...] o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas” (BUTLER, 2018c, p. 21). Portanto, defendeu a reformulação do feminismo enquanto política representacional em uma radicalização da crítica feminista, desconstruindo identidades fixas e a possibilidade de estabilidade do Eu. Pois, o próprio feminismo pode ser coercitivo quando fundado em uma base comum ficcional.

É importante delimitar que essa tese de Doutorado foi desenvolvida na linha de pesquisa “Teoria da História e Historiografia”, desse modo, a preocupação com a teoria feminista e a produção de conhecimento, a partir dessa perspectiva, esteve presente ao longo de todo o texto. De acordo com Céli Pinto (2010), o movimento feminista coincide militância e teoria, ou seja, para conhecê-lo faz-se necessário conhecer a história de ação desse movimento e a sua produção teórica, pois, ao

mesmo tempo em que é um movimento social também é uma corrente de pensamento que tem como principal função questionar as relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres (e demais gêneros).

A epistemologia feminista parte das críticas pautadas pelo movimento feminista na produção do conhecimento e pela existência/resistência da autoria feminina. O principal ponto da crítica feminista à ciência é a “[...] denúncia de seu caráter particularista, ideológico, racista e sexista” (RAGO, 1998, p. 4). Além disso, se produz um conhecimento parcial, pois cada pessoa tem um ponto de vista influenciado pelo seu local de fala e a objetividade de suas pesquisas está em apresentar esse lugar, ou seja, quem é, de onde e para quem fala. “Posicionar-se é, portanto, a prática chave [...]. Posicionar-se implica em responsabilidade” (HARAWAY, 1995, p. 27).

A interseccionalidade é, ao mesmo tempo, teoria e movimento social. Sua origem remete ao feminismo negro dos anos de 1960 e 1970 nos Estados Unidos. Em 1982 o coletivo Combahee River de mulheres afro-americanas de Boston apresentou um manifesto defendendo que “racismo, exploração de classe, patriarcado e homofobia, coletivamente, moldavam a experiência de mulher negra”. Na ausência de qualquer uma dessas variáveis se incorreria em uma abordagem parcial e injusta (COLLINS, 2017, p. 8).

De acordo com Kimberlé Crenshaw (2004) todas as pessoas experenciam a interseccionalidade: tem raça, gênero, sexualidade e pertencem a uma classe social. Contudo, as políticas nem sempre fazem esses recortes fundamentais para acabar com injustiças simultâneas de gênero e raça, por exemplo, no caso das mulheres negras. Muitas vezes, a condição das mulheres negras é invisibilizada em algum aspecto. Ou ela é considerada mulher ou é considerada negra. “Muitas das questões não incluídas na agenda das feministas afetam especificamente mulheres negras. As análises nem sempre consideram como a raça ou a classe social contribuem para gerar as desigualdades” (CRENSHAW, 2004, p. 14). Desse modo, Crenshaw (2004, p. 9) apresentou a interseccionalidade como um desafio ao abordar “diferenças dentro da diferença”.

Passar-se-á a tratar agora do conceito de biopolítica. Em “Vigiar e Punir: nascimento da prisão” (1987) de Michel Foucault explicou que as relações de poder investem no corpo ou o sujeitam para a sua utilização econômica:

[...] o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil [...] (FOUCAULT, 1987, p. 29).

Foucault (1987, 1999) observou que a tecnologia disciplinar do trabalho foi instalada no final do século XVII e ao longo do XVIII e no fim deste outra tecnologia foi constituída, que não a excluiu, mas a sobrepôs. Uma é disciplinar, o corpo individual que deve ser treinado, utilizado e punido, “manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo” (FOUCAULT, 1987, p. 298). A outra, não está centrada no corpo enquanto unidade, mas na multiplicidade de corpos, na vida afetada por “processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” Não é a transição, mas a justaposição da “anátomo-política do corpo” com a “biopolítica’ da espécie humana” (FOUCAULT, 1999, p. 289).

São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, [...] juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos [...], constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. (FOUCAULT, 1999, p. 290).

A biopolítica, portanto, “lida com a população [...] como problema biológico e como problema de poder” (FOUCAULT, 1999, p. 292-293). Vai intervir no nível global, estabelecendo mecanismos reguladores e compensatórios. Nesse contexto, uma das técnicas de intervenção que agem tanto no nível disciplinar do corpo individual quanto no nível regulador da população é a Medicina. “Um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores”. (FOUCAULT, 1999, p. 302).

O conceito de biopolítica auxilia a pensar na construção desse disciplinamento dos corpos individuais, na forma que o Estado utiliza e submete os corpos das mulheres, tidas como reprodutoras, bem como nas formas punitivas e na regulamentação dos corpos coletivos diante do Estado e de suas técnicas para intervir nesses corpos, principalmente a Medicina.

Dagmar Meyer (2003) abordou a normatização dos corpos grávidos e do parto, retomando Foucault e a biopolítica. Assim, explicou sua definição de “nova politização da maternidade”:

[...] gerar e criar filhos "equilibrados e saudáveis" passa a ser social e culturalmente definido, também, como um "projeto" de vida, responsabilidade individual de cada mulher que se torna mãe, independentemente das condições sociais em que essa mulher vive e dos problemas que ela enfrenta, e é a isso que venho me referindo como *uma nova politização da maternidade*. (MEYER, 2003, p. 37, grifo da autora).

Gerar filhos saudáveis é a função que se espera de toda mulher e a educação e socialização de uma criança é considerada responsabilidade de sua mãe. Essas afirmações expressam como se instaura o disciplinamento e a regulação da maternidade, determinando as normas para gestar e criar os filhos e mais recentemente, para pari-los. As mulheres são instruídas a fazer exercícios antes do parto, a se preparar para esse momento, obedecendo aos conselhos médicos, a insistir na amamentação e amamentar ao menos seis meses, etc., contudo, se algo der errado elas são as únicas culpadas. O Estado está menos preocupado com a mulher enquanto sujeito integral e mais com o feto que ela pode carregar em seu ventre. Desse modo, a saúde materno-infantil se tornou preocupação política e a maternidade saiu do âmbito privado para o público. As campanhas pela amamentação são um exemplo de como uma política projetada a nível populacional, afeta cada corpo individual. Nessa perspectiva, a mulher que não amamenta por não ter leite ou por escolha, por sentir dor ou desconforto deve se sentir culpada pelo seu egoísmo, por estar pensando em si e não no filho. Logo, ao mesmo tempo em que existe uma valorização e santificação da mulher mãe, ela simultaneamente perde o controle sobre seu corpo.

Elisabeth Badinter (1985) refletiu sobre a maternidade de mulheres francesas do século XVII ao XX para dar conta do amor materno como um sentimento inato a todas as mulheres, observando os desdobramentos políticos e sociais da construção desse ideário. Em obra mais recente, Badinter (2010) tratou do conflito entre ser mãe e/ou mulher apontando para os perigos atuais de uma ofensiva naturalista e do retorno do maternalismo.

Observou que entre 1980 a 2010 ocorreu uma guinada na concepção de maternidade, recolocando-a no centro do destino feminino. A autora entendeu que a liberdade reprodutiva das décadas de 1960 e 1970 promoveu uma contradição: o aumento dos deveres maternos, visto que agora a possibilidade de engravidar seria entendida como uma escolha e motivo de realização pessoal, com a qual a mulher deveria se empenhar e responsabilizar (BADINTER, 2010).

Sobre o caso francês Badinter (2010, p. 58), afirmou que a pediatria se dedicou na década de 1970 a redescobrir o instinto materno, lembrando as mulheres que são fêmeas, mamíferas “dotadas dos mesmos hormônios da maternagem: a oxitocina e a prolactina”. A demanda do parto humanizado de contato físico entre mãe e bebê logo após o nascimento, se pauta nessa lógica de que aquele é o momento de reconhecer ou rejeitar a cria “instintivamente”.

Defendeu, ainda, que a escolha pela maternidade não deve se pautar pela normalidade ou pelo desvio. Ninguém questiona a normativa do desejo de ter filhos, mas todos apontam a irresponsabilidade materna. Indicou através dos dados demográficos a drástica redução da natalidade e sugeriu que garantir a maternidade em tempo parcial, por meio de creches, escolas infantis e da divisão de tarefas é o caminho de incentivo a reprodução (BADINTER, 2010).

Tanto Immanuel Kant (filósofo alemão do século XVIII) quanto John Stuart Mill (filósofo e economista britânico do século XIX) discutiram a autonomia em suas obras e são efusivamente referenciados como os principais teóricos e raízes do debate sobre autonomia. Kant argumentou que a autonomia está ligada a razão, sendo esta a base para a moralidade e a capacidade de fazer escolhas autônomas como algo essencial para ser um agente moral. Além de agir com a razão, a autonomia envolve a capacidade para agir de acordo com a própria vontade, desde que seguindo regras morais universais. Em *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (1785) Kant afirmou que a autonomia da vontade é o princípio da dignidade e da moralidade. Nessa reflexão, destacou a importância da autonomia como base para a dignidade humana e que a capacidade de agir com a própria razão é fundamental para a tomada de decisões moralmente responsáveis.

Já em “Resposta à pergunta: Que é esclarecimento?” (1784, p. 100) Kant afirmou que “é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado”. Definiu a menoridade como a incapacidade de usar seu próprio entendimento sem a orientação de outro. Considerou-o culpado se a causa da sua menoridade não for a falta de entendimento, mas a falta de decisão e coragem.

São também as causas que explicam por que é tão fácil que os outros se constituam em tutores deles. É tão cômodo ser menor. Se tenho um livro que faz as vezes de meu entendimento, um diretor espiritual que por mim tem consciência, um médico que por mim decide a respeito de minha dieta, etc., então não preciso de esforçar-me eu mesmo. Não tenho necessidade de pensar, quando posso simplesmente pagar (KANT, 1784, p. 100-101).

Ao afirmar que a autonomia é o critério do esclarecimento, defendeu o indivíduo livre, que pauta a capacidade de usar o próprio entendimento para tomar decisões e agir de acordo com as regras morais universais, preferindo ações corretas e éticas consigo e com os outros. Contudo, o esclarecimento além de exigir liberdade, demanda ação pública: “fazer um uso público de sua razão em todas as questões” (KANT, 1985, p. 103).

Em *Crítica da razão prática*, Kant (1999) defendeu a autonomia como auto legislação. É “o único princípio de todas as leis morais e dos deveres a ela conformes”. Contudo, recomendou “age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal” (KANT, 1999, p. 42).

Stuart Mill (1991), por outro lado, defendeu uma abordagem mais utilitarista. A capacidade de tomar decisões e agir de acordo com as próprias preferências, relacionando mais a autonomia à liberdade individual e à escolha do que à razão. Entendeu a liberdade individual como um bem, uma razão de ser em si mesmo e a autonomia como o único meio para alcançá-la. Na visão de Mill, todos os seres humanos têm direito de escolher e conduzir sua vida de modo que não interfira nos direitos de outros. E esse direito de não ser subordinado deve ser o fundamento de toda ação. As ações são corretas na medida em que produzem felicidade e erradas quando produzem o inverso: infelicidade, dor e ausência de prazer. No pensamento de Mill, liberdade, individualidade e autonomia se fundem e se confundem e, a única limitação é causar dano a outrem, já que assim, sairia da instância da liberdade e entraria na da moralidade ou da lei. Assim, o princípio da utilidade junto ao dano devem pautar todas as ações humanas para Mill.

Apesar de Kant e Mill serem apontados como as raízes filosóficas do conceito “autonomia”, a discussão proposta nessa tese não pretende fazer uma história do conceito, mas discuti-lo no campo feminista para fazer a análise dos discursos sobre parto na imprensa feminista. Por isso, o estudo do conceito se desenvolverá, principalmente, com duas teóricas feministas: Judith Butler e Flávia Biroli.

No artigo “Desdiagnosticando o gênero” Butler (2009, p. 97) refletiu sobre o conceito de autonomia no debate sobre despatologização da transexualidade nos Estados Unidos, entre aqueles que podem pagar pela cirurgia de transição e os que dependem do diagnóstico para acessar o plano de saúde. Nesse texto afirmou que

“alcançar meu objetivo é exatamente uma forma de exercer minha autonomia”. Mas salientou que ninguém a alcança sem assistência e o suporte social (BUTLER, 2009, p. 97).

Questionou a ambiguidade desse “suporte” fornecido a partir do diagnóstico, que ao mesmo tempo que promove autonomia, a impossibilita. Os que querem manter o diagnóstico com o objetivo de não custear a cirurgia, exercem sua autonomia, pois alcançam seu objetivo. Já os que querem acabar com o diagnóstico de patologia, entendem que não ser vistos como doentes é importante para sua autonomia. Assim, a “autonomia é um modo de vida socialmente condicionado. Instrumentos tais como o diagnóstico, podem possibilitar ações, mas também podem gerar restrições e, muitas vezes, podem funcionar tanto de uma maneira quanto de outra” (BUTLER, 2009, p. 98). Em suma, concluiu que em sociedades em que o debate de gênero é pautado pelo conservadorismo, os desvios da norma são considerados suspeitos, impossibilitando a efetiva autonomia desses sujeitos desviantes.

Na produção acadêmica de âmbito nacional se destaca o debate de Flávia Biroli (2014, p. 7) sobre a autonomia das mulheres em relação ao aborto no Brasil, a partir de uma perspectiva feminista. Sua reflexão contribui com esta pesquisa, pois, ao definir o conceito de autonomia dialoga com a biopolítica, o gênero e o instinto materno, que também se discute aqui. Ela definiu autonomia como o “controle das mulheres sobre seu corpo e sobre sua capacidade reprodutiva”, em oposição à regulação do Estado, ao controle das famílias e crenças religiosas.

Abordou o perigo do “instinto maternal” no debate sobre autonomia da mulher. Biroli (2014) entendeu que quando alguém é reduzido a um papel, perde sua cidadania, as suas possibilidades e liberdades são violadas. Além disso, a valorização da identidade materna como fixa e única também suspende, em sua visão, a diversidade entre as próprias mulheres.

Em vez do direito das mulheres a decidir sobre si e sobre o que se passa em e com seu corpo, ganha centralidade a afirmação de que esse corpo tem significados que o tornam alheio à própria mulher – a santificação da maternidade e a objetificação da mulher pela perspectiva masculina fazem parte de uma mesma gramática que nega às mulheres o direito a autonomia. (BIROLI, 2014, p. 30).

No momento em que as mulheres têm sua autonomia restrita em relação à vida sexual e reprodutiva, por não poderem controlar seus próprios corpos do

mesmo modo que os homens podem, elas rompem com a norma da autonomia. Pois, se todos devem ter autonomia, o fato de um grupo ter limitações e outro não, invalida a autonomia enquanto normativa social.

Biroli (2014, p. 13) salientou ainda, que as abordagens feministas sobre autonomia conversam com noções liberais de direito dos indivíduos “e são sem dúvida devedoras dos avanços que o liberalismo permitiu na construção de uma agenda – disputada e sem dúvida contraditória em muitos sentidos – para a garantia dos direitos individuais”. Criticou a noção de escolha voluntária, defendendo que ela desloca “o contexto em que as preferências são produzidas” (BIROLI, 2014, p. 16). Portanto, nenhuma escolha está livre de influências e constrangimentos, que podem ser coercitivos ou não, no diverso conjunto de possibilidades que se apresentam para cada mulher, porque essas escolhas estão imersas nas relações de poder.

Em pesquisa mais recente Judith Butler (2018a, p. 17) retomou a discussão de Foucault sobre a gestão da vida e da morte para criticar o neoliberalismo e afirmar que as populações estão cada vez mais sujeitas à precarização do que capazes de alcançar a autossuficiência. “A racionalidade do mercado está decidindo quais saúdes e quais vidas devem ser protegidas e quais não devem”. A lógica do neoliberalismo é, em sua visão, a destruição dos suportes sociais. De acordo com esse sistema, cada pessoa é responsável somente por si mesma, pela sua autossuficiência econômica e não pelos outros e suas condições. Ela observou a instalação do paradoxo: ter de ser autossuficiente em uma sociedade que quer destruir essa possibilidade. Desse modo, quando alguém não se adequa a norma da autossuficiência torna-se “potencialmente dispensável” e responsável por isso (BUTLER, 2018a, p. 20). A autora defendeu a destruição dessa responsabilização individualizadora em prol da solidariedade, da afirmação da dependência entre os indivíduos para enfrentar coletivamente a condição precária, que atinge a todos/as, embora de modo desigual.

Lucila Scavone (2001) se dedicou a pensar a relação entre maternidade e feminismo. Observou que este movimento teve três posicionamentos diferentes frente à maternidade. No pós Segunda Guerra Mundial a maternidade foi considerada um defeito e deveria ser recusada, pois se entendia que ela era a responsável pela manutenção da dominação masculina. A luta pelo acesso a anticoncepcionais, legalização do aborto e pela livre escolha da maternidade a situou na corrente do feminismo igualitário.

Em contraponto, na década de 1970, mulheres dentro do movimento questionaram se queriam ser definidas sem a maternidade e passaram a considerá-la como um poder que só as mulheres tinham e os homens invejavam, devendo ser valorizada essa diferença. Era o feminismo diferencialista, de afirmação de uma identidade feminina (SCAVONE, 2001).

E, por fim, em um terceiro momento, marcado pelas novas tecnologias reprodutivas (anos de 1980 e 1990) a compreensão de que não era a biologia que determinava a opressão das mulheres, mas as relações de dominação que atribuíam essa configuração a maternidade. A partir desse entendimento, ser mãe pode ser entendido no âmbito do movimento feminista com um lugar social que confere ao mesmo tempo poder e opressão às mulheres (SCAVONE, 2001).

O surgimento da Ginecologia, na segunda metade do século XIX, como ramo da Medicina dedicado ao estudo da mulher foi tratado por Fabíola Rohden (2002). A autora constatou que a mulher no discurso médico era vinculada ao papel de reprodutora, diferente do homem. Ele era tido como sujeito universal, completo e sem disfunções. Tanto, que nos debates sobre esterilidade os médicos acreditavam, que a causa do problema de infertilidade do casal era feminina. Também abordou que outro argumento presente entre os médicos era “a condenação do tratamento domiciliar ainda em voga [...]. Era preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior” (ROHDEN, 2000, p. 110).

Outra questão importante que Rohden (2000, p. 111) pesquisou foi a polêmica em torno da anestesia. Ela era condenada pela Igreja, pois diminuía o sofrimento do cristão, que deveria se redimir de seus pecados. “No caso dos partos, [...] se evocava as dores como o sublime sacrifício necessário para a plena realização da maternidade. As dores do parto eram vistas como naturais, benéficas e teologicamente corretas”. Essa reflexão se torna pertinente com relação à permanência do parto como um momento de dor e de violência, apesar de todas as possibilidades de analgesia.

Em suma, a mulher seria determinada pela sua função sexual/reprodutiva, que dominaria nessa concepção, seu corpo e mente. Isso justificava porque a mulher teria comportamentos diferentes do homem: ele era a norma à qual a mulher deveria tentar se ajustar, apesar de jamais poder se igualar a ele. Diversas atitudes da mulher eram explicadas em virtude de sua vulnerabilidade ao natural, nela as influências do sexo e do corpo predominariam (ROHDEN, 2000).

Mariana Santos Damasco, Marcos Chor Maio e Simone Monteiro (2012) analisaram como as denúncias de esterilizações cirúrgicas em massa entre mulheres negras e a demanda por saúde reprodutiva contribuíram para a formação do feminismo negro no país, entre 1975 e 1993. O período é justificado pela abertura política do regime militar à instauração da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Esterilização. O/as autor/as observaram o quanto as discussões sobre saúde e direitos reprodutivos se ampliaram proporcionalmente à presença de mulheres em partidos políticos, ONGs e a partir das Conferências Internacionais de Cairo (1994) e de Pequim (1995). Abordaram a Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras: “Esterilização – Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro!” (1990) liderada pela médica negra Jurema Werneck (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012, p. 141). E, trataram da CPMI da Esterilização, a qual “pretendeu averiguar se a prática da esterilização cirúrgica se configurava como uma política eugênica direcionada à população negra no país” (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012, p. 144).

No tocante à imprensa feminista, uma pesquisa relevante foi a de Karina Janz Woitowicz e Joana Maria Pedro (2009) que analisaram alguns veículos da mídia alternativa/feminista como espaços de construção de discursos de resistência (com caráter educativo, informativo e/ou panfletário) na luta pelo direito ao corpo, especialmente pela legalização do aborto.

Através de um discurso sustentado na perspectiva feminista de “direito ao corpo”, os produtos de comunicação das organizações feministas esboçam as estratégias de reconhecimento e visibilidade da autonomia reprodutiva das mulheres, colocando em pauta o direito ao aborto por um viés ora didático e informativo, como se verifica nos documentários, produções sonoras e mesmo em alguns folderes de campanhas, elaborados pelas entidades mencionadas, ora panfletário, demarcando as lutas e bandeiras do movimento. (WOITOWICZ; PEDRO, 2009, p. 11).

As autoras compreendem que a mídia produzida pelas organizações feministas tem o papel de organizar, fortalecer e dar visibilidade às ações dos grupos que as constituem. Ao mesmo tempo, essas mídias são em si, um espaço de resistência (WOITOWICZ; PEDRO, 2009).

Foram localizadas duas pesquisas de maior fôlego que relacionaram parto e feminismo, ambas partindo de “lugares” do movimento de humanização. A proposta agora é fazer um movimento contrário e mais amplo: partir da luta feminista para as discussões sobre parto, expandindo-as para além desse recorte do movimento pelo

parto humanizado, em uma perspectiva historiográfica. A primeira pesquisa analisada é uma tese de Doutorado desenvolvida na Antropologia, cuja autora é Carmen Susana Tornquist (2004). Ela buscou diversas formas de assistência ao parto – a REHUNA, o trabalho de parteiras tradicionais e uma maternidade – e as políticas de humanização desenvolvidas no Brasil na segunda metade do século XX, observando como o movimento interpreta o feminismo e as relações de gênero, a partir de etnografias em Santa Catarina e Minas Gerais. Sua tese é importante, pois, permite partir de vários aspectos e lugares do movimento de humanização em busca de suas interpretações do feminismo. Utilizou o termo autonomia diversas vezes, mas não o debateu.

O segundo trabalho estudado foi outra tese, desta vez produzida nas Ciências Sociais, por Rosamaria Giatti Carneiro (2011) que frequentou grupos de preparo para o nascimento em São Paulo, seminários e analisou *sites* e *blogs* para realizar suas etnografias e cartografias sobre a década de 2000. Contudo, não refletiu sobre a autonomia. Sua preocupação se centrou em entender aproximações e distanciamentos entre o movimento feminista e o de humanização e compreender porque suas narradoras se recusaram a denominarem-se feministas, embora desejassem o direito de “um parto todo seu” (CARNEIRO, 2011, p. 161).

Também foi encontrada uma tese que discutiu autonomia e parto, apesar de não abordar o feminismo, na área da Psicologia. Monalisa Barros (2015) estudou a medicalização do parto e argumentou que ela tem produzido violências, controlando o corpo da mulher e promovendo uma secundarização na sua experiência de parir, em prol do protagonismo médico e, que esses abusos se naturalizaram no cotidiano, a partir de práticas disciplinares e regulamentares. Percebeu formas de enfrentamento a esse processo que chama de “medicalização do parto”: na lógica da escolha, em sua versão liberal de ofertas do mercado do parto normal ou natural, a parturiente seria cliente e a escolha seria o tipo de parto. Ou na versão dos direitos humanos e da cidadania, na qual a gestante seria uma usuária e a relação aconteceria através de contratos de direitos e deveres que incentivariam a emancipação das mulheres. Ou, por último, a lógica do cuidado, não entendido como produto, mas como atenção ao processo. Para a autora, nas duas primeiras versões a escolha se dá pelo produto final, o tipo de parto e, na lógica do cuidado se daria no processo, na assistência em equipe e, a mulher não seria responsável/culpabilizada por ter feito uma escolha e pelo desfecho do seu parto.

Por fim, se estudou o artigo de Sandra Corrêa e Rosalind Petchesky (1996) que propuseram uma definição de direitos sexuais e reprodutivos¹⁸ retirando-os do campo individualista com uma abordagem feminista. Desse modo, definiram os direitos sexuais e reprodutivos:

[...] poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura. Este terreno envolve necessariamente as noções essenciais de “integridade corporal” ou “controle sobre o próprio corpo”. No entanto, também estão em questão as relações que se tem com filhos, parceiros sexuais, membros da família, a comunidade e a sociedade, como um todo. Em outras palavras, o corpo existe em um universo socialmente mediado. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 149).

As autoras observaram que há uma série de críticas levantadas ao discurso dos direitos sexuais e reprodutivos: “sua linguagem indeterminada, sua inclinação individualista, sua presunção de universalidade e a dicotomização que apresenta das esferas de ‘público’ e ‘privado’” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 149). Defenderam que ao invés de abandoná-lo se deveria “reconstruí-lo de forma a poder especificar diferenças de gênero, classe, cultura e outras e, ao mesmo tempo, reconhecer as necessidades sociais” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 149). Criticaram as noções de “liberdades privadas” e “escolhas” por entenderem que alguns grupos não possuem as condições para seu exercício.

Ainda, propuseram quatro princípios inegociáveis como a base dos direitos sexuais e reprodutivos: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. Apontaram como objetivo a urgência em remodelar o imperativo liberal dos direitos, enfatizando a correlação entre agenciamento individual e responsabilidade pública, reconhecendo os contextos sociais e as identidades múltiplas na luta por esses direitos, bem como a necessidade de redistribuição de acesso aos recursos. É responsabilidade do Estado criar condições para que se exerça a “autonomia feminina” e a igualdade de gênero, como suportes materiais e infraestrutura: “transporte, creche, subsídios financeiros, bem como serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados”; que também incluem outros fatores como: “acesso à educação, renda, autoestima e canais de tomada de decisão” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 159).

¹⁸ De acordo com Corrêa e Petchesky o termo “direitos reprodutivos” se originou da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos dos EUA, em 1979.

Corrêa e Petchesky (1996, p. 165) questionaram: “Por que deveriam homens e mulheres ter ‘os mesmos direitos’ quanto à reprodução quando são as mulheres que ficam grávidas e, na maioria das sociedades, são as responsáveis diretas pela educação das crianças [...]”? Portanto, porque quem não corre nenhum risco deveria ser dotado do poder de decisão?

Quando se pensa que os riscos e benefícios devem ser distribuídos em uma base justa, fica fácil refletir sobre a contracepção. Homens cisgênero podem e devem cuidar da anticoncepção igualmente às mulheres. Contudo, como distribuir os riscos e benefícios igualmente extra e intra-gênero em uma situação que ainda via de regra (e em um pensamento cisgênero) diz respeito somente às mulheres – o momento de parir? Corrêa e Petchesky (1996) não pensaram no tema do parto em específico, mas lançaram luz a uma postura em relação ao respeito e promoção/conquista da autonomia por parte das mulheres. Enfatizaram o poder da escuta e do incentivo à tomada de decisão delas, ou seja, que as mulheres sejam ouvidas e amparadas em suas escolhas, por seus companheiros/as, família e Estado. E, que todas tenham suas especificidades de etnia/raça, escolaridade, classe, sexualidade, territorialidade, etc., consideradas, para que consigam acessar aos recursos necessários para exercer o poder de decidir sobre seus corpos e que não sejam culpabilizadas por isso.

1.4 O plano de parto da tese

“O nome de mulher é tão sagrado/ Mulher... é nome pra ser respeitado/ A cobra não morde uma mulher gestante/ Porque respeita seu estado interessante” cantou Beth Carvalho, considerada “a madrinha do samba”. Essa música que intitulou seu *CD “Nome Sagrado”* em 2001, cuja letra foi composta por Nelson Cavaquinho, José Ribeiro e Guilherme de Brito elucida o corpo da mulher como objeto de inspiração, desejo e repulsa. Nessa lógica, o corpo que está grávido além de promover todas essas sensações, carrega uma aura de mistério, uma sincronia entre o profano e o sagrado. Michelle Perrot (2003) escreveu sobre os silêncios do corpo da mulher, que apesar de tornar-se objeto e ser objetificado pelas artes, muitas vezes é apagado, alvo de descaso e indiferença. Ao mesmo tempo em que é exposto, se torna opaco. É um corpo que se cala.

Ou se poderia dizer que esse corpo foi (é) calado? As mulheres foram educadas a não falar sobre ele. Os mistérios sobre esse corpo que pode gerar vidas permaneceu como um saber feminino até o momento em que o perceberam como o foco para as questões demográficas. Contudo, apesar de todos os avanços feitos pela Medicina no conhecimento sobre a saúde e a doença – entre eles, o recuo da mortalidade materna e infantil – as mulheres foram submetidas a “sensação de desapossamento e de submissão a uma ordem médica masculina que também se propunha a controlá-las, particularmente em matéria de aborto, ao qual os médicos, vigias do Estado, eram decididamente hostis” (PERROT, 2003, p. 23).

Para Perrot (2003, p. 23, grifo da autora) há uma ambiguidade de influências “libertadoras e alienantes” exercendo poder sobre as mulheres e incitou a necessidade destas “lutarem pelo conhecimento e pela *autonomia de seu corpo*, grande bandeira do feminismo contemporâneo”. Todavia, muitos corpos continuam sendo calados.

Um pesado silêncio continua recobrando os sofrimentos do corpo da mulher no mundo: infanticídios e mutilações sexuais de meninas, casamentos forçados, prostituição imposta, violências domésticas, cremações de viúvas (*sati*) na Índia, devastação pela Aids na África, o véu do integrismo religioso... São muitos os gritos na noite das mulheres (PERROT, 2003, p. 26).

Foi elaborada uma pesquisa de opinião pública intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” pela Fundação Perseu Abramo (2010) com mulheres que tiveram filhos biológicos na rede pública e/ou privada na qual concluíram que uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica e que este quadro é agravado pela sua raça e classe social. Ao relatarem as violências sofridas no momento do parto, com relação à violência verbal, constataram as quatro frases mais escutadas pelas mulheres em processo de dar à luz:

“Não chora não que ano que vem você está aqui de novo”; “Na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”; “Se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”; “Se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo”. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 177).

bell hooks (2017) denunciou que os assuntos considerados mais relevantes no feminismo norte-americano eram do interesse das mulheres brancas com ensino superior e em grande parte, privilegiadas economicamente. A legalização do aborto se tornou o assunto central dos direitos reprodutivos, do mesmo modo que no Brasil,

mas existem outros temas relacionados com a reprodução que também são de extrema importância, como a “esterilização forçada” e as “cesáreas desnecessárias”¹⁹. Destacou que o aborto não era um tema exclusivo das mulheres brancas, mas que para a maioria das mulheres dos Estados Unidos essa não era a única preocupação, nem a mais importante. Ademais, afirmou que os direitos reprodutivos devem ser a pauta prioritária do feminismo, pois se as mulheres não puderem decidir sobre seus corpos, correm risco de não controlar nenhum aspecto de suas vidas.

Tratando da realidade brasileira Sueli Carneiro (2019, p. 277) questionou um posicionamento das feministas brancas para um pacto de responsabilidade: que “[...] o combate ao racismo, à discriminação racial e aos privilégios que ele institui para as mulheres brancas seja tomado como elemento estrutural do ideário feminista; um imperativo ético e político”. Sobretudo, tratando-se de saúde e direitos reprodutivos, pois essa temática se tornou, através do feminismo negro, agenda da luta antirracista, principalmente a partir das esterilizações compulsórias.

Além disso, conforme Carneiro (2019, p. 278) “[...] há uma forma específica de violência que constrange o direito à imagem ou a uma representação positiva, [...] inibe ou compromete o pleno exercício da sexualidade pelo peso dos estigmas seculares” impostos às mulheres negras. Os meios de comunicação ao construírem e reproduzirem sistemas de representação ocupam um lugar central na fixação de imagens e sentidos sobre as mulheres negras. Sabemos que “a naturalização do racismo e do sexismo na mídia reproduz e cristaliza, sistematicamente, estereótipos e estigmas que prejudicam, em larga escala, a afirmação de identidade racial e o valor social desse grupo” (CARNEIRO, 2019, p. 281-282). Contudo, a mídia pode interferir positivamente agendando temas do interesse dos movimentos feministas antirracistas.

Tornquist (2004) ao trabalhar com o tema do parto em sua tese utilizou a palavra autonomia muitas vezes, mas não a conceituou. Usou também a palavra empoderamento²⁰ como sinônimo de autonomia. Carneiro (2011), do mesmo modo, empregou o termo autonomia sem conceituar e observou que apesar de suas narradoras não se considerarem feministas, ao se referirem sobre o desejo de um

¹⁹ No capítulo 3 abordarei a discussão sobre as cesáreas “desnecessárias”, feitas por imposição médica, sem quadro clínico que as justificasse e as eletivas, ou seja, aquelas que foram feitas por escolha da paciente. Por ora, utilizo o termo empregado por bell hooks.

²⁰ Este termo “empoderamento” será abordado no capítulo quatro.

parto todo seu, elas entenderam como necessário o “empoderamento”. Assim, ela questionou se o movimento de humanização estaria tão distante do feminismo e se essas narradoras estariam distantes das feministas. Já Barros (2015) falou de autonomia, trabalhando principalmente, com o conceito de escolha adaptado ao parto, mas não o relacionou com o feminismo. Além disso, essas pesquisas são de outras áreas: a primeira é da Antropologia, a segunda das Ciências Sociais e a última da Psicologia, conforme mencionado. A pesquisa que ora se desenvolve contribuirá trazendo a perspectiva histórica para este tema, utilizando como fonte principal a imprensa feminista.

A opção por analisar o *Mulherio* e o *Fêmea* em profundidade, para além do Acervo Carmen da Silva, foi porque o primeiro jornal permite a análise do movimento feminista na década de 1980 e o segundo possibilita pesquisar de 1992 até o período estabelecido como o final da pesquisa, o ano de 2006. O primeiro surgiu a partir do feminismo acadêmico, das pesquisadoras da Fundação Carlos Chagas e o segundo com uma perspectiva político-governamental, entretanto, ambos englobam para além do gênero, debates sobre raça e classe. Permitem o acesso às reivindicações do movimento feminista no seu período de atuação e as discussões internas do próprio movimento, bem como, acesso à produção de dados e conhecimento acerca das condições das mulheres brasileiras. Além disso, são periódicos escritos majoritariamente por mulheres, em um contexto que a hegemonia midiática é masculina e são relatos de (ou sobre) mulheres participando da política nas instâncias decisórias, no caso do *Fêmea*. Desse modo, se reforça a importância destas gazetas, não só para informar, mas para articular debates e promover o engajamento e a ação, se constituindo, elas próprias, em instrumentos da luta feminista. De acordo com o mapeamento feito por Renata Tomaz (2015) a área que mais pesquisa a relação entre maternidade e mídias impressas, eletrônicas e digitais no Brasil é a Educação, com 35% dos trabalhos desenvolvidos, enquanto a História é responsável por apenas 2% dessas investigações. A autora salientou ainda, que este é um campo de pesquisa recente no país, com muitas possibilidades de abordagens.

Vamos ao plano de parto da tese. Na introdução é descrita a aproximação com o tema de pesquisa, retomando a trajetória da autora, desde o seu trabalho de conclusão do curso de História, sobre parteiras tradicionais. É apresentado o problema da tese e os objetivos. São indicadas as fontes que serão utilizadas. Inicia-

se a discussão dos conceitos centrais da tese: gênero, biopolítica, instinto materno e autonomia. É feito o diálogo com a revisão bibliográfica específica e a justificativa da necessidade de se desenvolver esta pesquisa.

Depois, são apresentadas as fontes impressas no capítulo dois, diferenciando a imprensa feminista da tradicional. Observam-se os diferentes posicionamentos que o movimento feminista teve em relação à maternidade e são analisados o direito à proteção e os usos políticos da maternidade, através dos programas de saúde materno-infantil. Depois, o instinto materno e o seu ressurgimento no século XXI são descritos. Aborda-se a discussão sobre planejamento familiar e, como a mortalidade materna foi representada na imprensa nacional, colocando o tema do parto em evidência nos jornais feministas.

No capítulo três se trata do controle dos corpos e do processo de medicalização do parto, a partir do conceito de bio/necropolítica, dando atenção as campanhas pela redução de cesarianas. Por fim, se aborda o direito ao luto e o “quesito cor”, trazendo alguns casos para refletir sobre a interseccionalidade e a precariedade compartilhada.

É tecida a discussão teórica de enfrentamento ao problema da tese, no capítulo quatro, com duas teóricas feministas, Flávia Biroli e Judith Butler, desdobrando o conceito de autonomia e discutindo preferências, assembleia e relatar a si. É analisada a possibilidade do debate sobre autonomia ao parir nas fontes impressas feministas, tendo como foco as lutas e resistências pela saúde das mulheres, sobretudo a criação do “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), em 1983, o trabalho de uma ONG de parteiras tradicionais em Pernambuco, que atuam desde 1991 – “o Centro Ativo de Integração do Ser” (CAIS do Parto), a atuação das casas de parto e os sentidos do movimento de “Humanização do Parto” em um contexto fortemente marcado pelo poder de consumo e pelo individualismo.

Por fim, nas considerações finais, os problemas centrais da tese são retomados, com o intuito de apresentar os resultados obtidos na pesquisa, como os enquadramentos do parto, o grande discurso em disputa e os jornais que se destacaram no recorte analisado. Além de se localizar os pontos do debate/demanda por autonomia, se evidencia a postura feminista no reconhecimento da precariedade compartilhada e na luta para superar esta condição.

2 A MATERNIDADE NA IMPRENSA FEMINISTA (1979-2006)

2.1 Imprensa tradicional e feminista

A imprensa brasileira nasceu em 1808 no Rio de Janeiro com a chegada da Família Real. Pouco tempo depois surgiu uma imprensa adjetivada de feminina: “*O espelho diamantino* (RJ, 1827), *O espelho das brasileiras* (Recife, 1831), o *Relator de novelas* (Recife, 1838), o *Correio das Modas* (RJ, 1839) ou o *Jornal das Senhoras* (RJ, 1852)” (LUCA, 2012, p. 447), entre outros jornais. Foi dirigida ao público feminino, embora nem sempre tenha sido produzida por mulheres.

No século XIX os escritos das mulheres começaram a aparecer de forma mais expressiva em periódicos. Céli Pinto (2003, p. 31) apontou Francisca Senhorinha Motta Diniz como “possivelmente a primeira mulher a fundar um jornal no Brasil com o objetivo de divulgar a ‘causa das mulheres’”. Este jornal seria *O Sexo Feminino*, em 1873. Nesse período, a maioria dos temas tratados era sobre moda e cuidados com o lar, mas ela estava na contramão desse jornalismo, abordando o direito ao voto feminino e a importância da educação. Já Karina Woitowicz (2008) apontou o *Jornal das Senhoras*, em 1852, por Juana Paula Manso de Noronha, de nacionalidade argentina, como o primeiro.

A imprensa feminina, que difere da feminista, não é movida em noticiar os fatos ocorridos no dia anterior, como o jornalismo em geral (LUCA, 2012). Os temas são repetidos com alguma circularidade e investidos de uma aura de atualidade, por exemplo, ligados às estações: as tendências de cores e cortes de cabelo para o inverno ou técnicas para emagrecimento na medida em que o verão se aproxima. É um conceito de novidade ligado ao consumo.

As revistas, suporte principal da imprensa feminina, tinham e ainda tem como público mulheres brancas, heterossexuais e em condição financeira para comprar revistas e os produtos nelas veiculados. Luca (2012, p. 465) atentou para “a ausência quase absoluta do debate de questões políticas, econômicas ou sociais” nesses impressos femininos. Contudo, isso não deduz a capacidade crítica e a recepção de suas leitoras e que por vez ou outra, essa imprensa atue de modo menos conservador.

Geralmente, a linguagem empregada é coloquial, tentando se aproximar da leitora de modo intimista. Ao mesmo tempo, em que acolhe angústias e aconselha, a

imprensa feminina também convence e impõe normativas sociais. Médicos e especialistas com frequência reproduziam seus imperativos nestas publicações.

Dulcília Buitoni (1990) estabeleceu diferenças entre a imprensa feminina e a feminista. Em sua visão, ambas têm o mesmo público alvo, mas a primeira tem por essência a preocupação com a novidade, com o que está na moda e a segunda em defender causas. O veículo mais utilizado na feminina é a revista, com variedade de conteúdo e muitas matérias destinadas ao entretenimento. Já o jornal com cunho opinativo, de debate ou noticioso é mais popular na imprensa feminista.

Ao final da década de 1970 muitas feministas voltaram do exílio e passaram a utilizar a imprensa como forma de resistência. Não tendo espaço para suas pautas na mídia tradicional, a imprensa feminista constituiu-se como uma mídia alternativa. Nesse sentido, cabe defini-la: “[...] está se considerando mídia alternativa a produção de grupos e movimentos sociais, que criam canais de resistência e promoção de lutas através dos seus espaços de comunicação, em diferentes suportes” (WOITOVICZ, 2011, p. 5). Para Rosalina Leite (2003, p. 234) os jornais feministas são “dirigidos às mulheres e feitos por mulheres [...], destacando-se o seu compromisso com uma nova linguagem, e com a difusão de reivindicações e propostas diretamente relacionadas com a condição das mulheres”.

Natalia Pietra Méndez (2004) observou que o movimento feminista foi diversas vezes tratado pejorativamente pela imprensa tradicional. Esta modalidade tentava transmitir à opinião pública a “ideia de que o objetivo do movimento era *malhar* os homens” (MÉNDEZ, 2004, p. 84, grifo da autora). Em sua pesquisa citou também ameaças recebidas pelas feministas que se atreviam a escrever, como a do jornalista Rogério Mendelski de Porto Alegre que em 1979 para o *Jornal Folha da Manhã* fez “apologia à violência doméstica como um merecido castigo às mulheres que insistirem nesse *papo de feminismo*” (MÉNDEZ, 2004, p. 84, grifo da autora).

A mídia tradicional produziu e em grande medida, ainda produz, representações/estereótipos de gênero que reforçam o poder masculino hegemônico. Desse modo, a mídia feminista surgiu como crítica a essa dominação, mas também pela necessidade de produzir e conduzir um discurso próprio no qual as mulheres não fossem violentadas e se sentissem representadas, servindo como motor para a transformação social.

Os jornais *Brasil Mulher*, que circulou de 1975 a 1980, e o *Nós mulheres* com tiragem entre 1976 e 1978, são considerados os precursores da imprensa feminista

no país, na luta pela anistia e em oposição ao regime ditatorial vigente à época. Foram feitos com tiragem irregular, produção artesanal e circulação reduzida à militância, vendidos praticamente de mão em mão. Muitas de suas integrantes eram de esquerda e tiveram experiências com a clandestinidade, a prisão, a tortura e o exílio (LEITE, 2003).

[...] o *Brasil Mulher* já era conhecido pelas feministas exiladas militantes do Círculo de Mulheres de Paris. A correspondência e o diálogo eram frequentes entre a direção do jornal e o coletivo de mulheres exiladas, de onde se origina grande parte das militantes do *Nós Mulheres*. E, mais, o *Brasil Mulher* já era sabidamente, nessa época, constituído por mulheres militantes do Partido Comunista do Brasil (PCdoB), da Ação Popular Marxista Leninista (APML) e do Movimento Revolucionário 8 de Outubro (MR8). Quanto ao Círculo de Mulheres de Paris, cabe dizer que era formado por feministas de esquerda integrantes, em sua maioria, do Debate, dissidência política que surge no exílio agrupando ex-militantes da Vanguarda Popular Revolucionária (VPR), da Vanguarda Armada Revolucionária Palmares (VAR-Palmares) e do Partido Comunista Brasileiro (PCB) e mulheres autônomas. Ao voltar ao Brasil, esse segmento lança o *Nós Mulheres* (LEITE, 2003, p. 235-236).

Elizabeth Cardoso (2004) propôs uma classificação na imprensa feminista, dividindo-a em duas gerações: a primeira mais voltada aos debates sobre classe e a segunda sobre gênero, com atenção as questões de saúde e sexualidade da mulher. Defendeu que dois acontecimentos marcaram essa divisão: o II e III Congresso da Mulher Paulista, realizados em 1980 e 1981, respectivamente. No II Congresso, as feministas queriam debater as questões específicas das mulheres e os partidos entendiam que ao fazer isso estariam incitando o separatismo e enfraqueceriam a luta de classes e a mobilização pelo fim da ditadura militar. Para os partidos, a agenda feminista devia aguardar em segundo plano, prometendo que conquistada a democracia as demandas seriam cumpridas e as feministas defenderam a urgência e a especificidade de suas pautas. Do mesmo modo, eram legadas ao segundo plano as questões relativas à raça. Já na preparação do III Congresso, o Movimento Revolucionário Oito de Outubro (MR8) quis proibir a participação de lésbicas e o Partido Comunista do Brasil (PC do B) convocou outro congresso para a mesma data, no intuito de esvaziar o encontro feminista.

Diante disso, o movimento feminista entrou em tensão com setores da esquerda, entendendo que seria necessário promover espaço para utilizar e debater o conceito de gênero e demandas das mulheres. Isso se refletiu nas posteriores publicações da imprensa feminista que passou a abordar, principalmente, os temas

da “[...] saúde da mulher, mulher e trabalho, mulher e legislação, violência contra a mulher, sexualidade feminina, notícias do movimento feminista, entre outros” (CARDOSO, 2004, p. 68).

O jornal *Mulherio* representou uma nova forma de fazer jornalismo feminista, marcando, de acordo com Cardoso (2004), a transição para a segunda geração da imprensa feminista. Na primeira edição (edição 0) de março/abril de 1981 na capa o próprio jornal questionou “Porque Mulherio?” e apresentou seus objetivos. Identificaram que a palavra Mulherio, geralmente, é empregada de modo pejorativo, mas que pretendiam recuperar e transformar seu significado para debater os problemas que afetam “uma grande porção de mulheres”. A ideia de criar um jornal foi das pesquisadoras da Fundação Carlos Chagas, com apoio da Fundação Ford, para informar a condição da mulher brasileira a três públicos: “os órgãos de comunicação, os grupos de mulheres e as entidades culturais e acadêmicas” (MULHERIO, 1981, nº 0, p. 1).

Teve como jornalista responsável, desde sua fundação, Adélia Borges. Depois, o jornal foi desvinculado da Fundação Carlos Chagas e, na edição nº 25 de 1986, Inês Castilho se tornou a jornalista responsável. Em 1988, na edição que seria a 40ª de *Mulherio*, o jornal passou por transformações e a ser intitulado *Nexo, Feminismo, Informação e Cultura*, deixando de ser majoritariamente feminista para incluir outros temas. Lançou dois números apenas e encerrou suas atividades no mesmo ano.

Adélia Borges apresentou a estrutura do *Mulherio*: um artigo abordando algum tema polêmico, reportagens, notas curtas sobre a condição da mulher, uma parte às pesquisas, outra para divulgar atividades do movimento feminista, uma seção cultural com resenhas e críticas sobre livros, filmes e/ou peças de teatro, e, ainda, charges e fotos. Quanto à pauta do jornal, era definida pelo Conselho Editorial, composto por 16 mulheres que decidiram que ele não apresentaria uma posição pré-estabelecida sobre os assuntos, sua intenção seria promover o debate entre diferentes posições (MULHERIO, 1981, nº 0, p. 1).

A primeira edição de *Nexo* retomou a atuação do jornal *Mulherio*, lembrando que este surgiu nas comemorações do 08 de março de 1981 em São Paulo, quando Carmen Barroso e Fúlvia Rosemberg distribuíram o folheto número zero de *Mulherio* na porta do 3º Congresso da Mulher Paulista. Inês Castilho escreveu esse texto

apontando a sensação de dever cumprido com as 39 edições lançadas, que teriam chegado a milhares de leitoras (NEXO, 1988, p. 2).

Mulherio é marcado por esse período de reabertura política. Com a Lei da Anistia em 1979, muitas mulheres que estavam exiladas voltaram trazendo perspectivas do feminismo europeu e norte-americano. Organizaram jornais feministas para debater a condição das mulheres, inclusive suas vidas íntimas, desfazendo a ideia de cisão entre privado e público, com a crescente percepção de que o pessoal é político. Esse periódico foi produzido na cidade de São Paulo e teve grande circulação e popularidade para além da academia, chegando a ser vendido em bancas.

O outro jornal que será analisado em série nessa pesquisa é o *Fêmea*. Ele foi criado em 1992 e atuou até 2014, com 178 números publicados. Foi a principal publicação do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA). Este Centro foi fundado em 1989, em Brasília e se constitui enquanto uma ONG que se autodescreve como feminista e antirracista, lutando pela regulamentação dos direitos conquistados na Constituição de 1988. O periódico teve como patrocinadores/apoiadores: Fundação Ford, MacArthur, International Women's Health Coalition (IWHC), Unifem e Ministério da Saúde.

Na primeira edição do *Fêmea* ele foi apresentado pela sua editoria como o Informativo do Projeto "Direitos da Mulher na Lei e na Vida", para avisar o movimento organizado de mulheres sobre as proposições em tramitação no Congresso Nacional acerca das mulheres. "Queremos ver este boletim voando de norte a sul, de leste a oeste, cumprindo seu papel, não apenas de informar, mas, principalmente de articulação do que acontece com as diversas Marias em todo nosso país" (FÊMEA, 1992, nº 0, p. 1). A apresentação foi elaborada pela Comissão Executiva, composta por feministas do Distrito Federal. A equipe do jornal também contou com um Conselho Consultivo de parlamentares e lideranças nacionais nas áreas de trabalho da mulher, direitos reprodutivos, aborto e esterilização e com um grupo de especialistas para elaborar propostas e analisar as que estavam em andamento.

Já em 2008, o *Fêmea* fez uma reflexão sobre sua atuação, afirmando que cumpriu seus objetivos, ser um veículo que provocou discussão e ação das mulheres nos movimentos sociais e nas instâncias governamentais. Mencionou a importância de produzir informação em um período que o acesso a ela era difícil:

Quando começamos, até o fax era um equipamento raro; internet então nem se fala..., mas a informação que produzíamos chegava até as mãos das mulheres camponesas por esse Brasil adentro, das trabalhadoras domésticas, da vereadora de um pequeno município no baixo Amazonas, de uma ONG feminista no nordeste, da prefeita de São Paulo ou da pesquisadora feminista da Universidade de Brasília (FÊMEA, 2008, nº 156, p. 2).

O começo do *Fêmea* foi com uma publicação bimestral e uma tiragem de cem exemplares. A partir de 2001 a tiragem foi quase triplicada, circulando principalmente entre vereadoras, prefeitas, deputadas, governadoras, senadoras e dos movimentos de mulheres, de forma gratuita. Não havia publicidade no jornal. Além da distribuição via correio, enviavam um boletim eletrônico com o *link* das matérias no *site*.

2.2 A politização da maternidade e o instinto materno

O movimento feminista foi dividido analiticamente em ondas, por entender que algumas pautas prevaleceram em determinados momentos históricos (PINTO, 2003). Assim, a primeira onda foi marcada pela campanha de direito ao voto feminino no começo do século XX e também pelo movimento de operárias anarquistas que reivindicavam melhores condições de trabalho. A partir da década de 1930, com o direito do sufrágio feminino já conquistado no Brasil, o movimento perdeu força no país.

Nos anos de 1960 começou a ser construído o chamado feminismo de segunda onda, inspirado em movimentos de outros países, mas apresentando reivindicações próprias no Brasil, em uma conjuntura política de ditadura militar (1964-1985) que limitou a liberdade de expressão e a atuação dos movimentos sociais. No mesmo ano em que surgiu o movimento *hippie* nos EUA, propondo novos valores morais e o “Maio de 68” na França, é instaurado no Brasil o Ato Institucional nº 5 em 1968. O movimento sofreu com “dois polos de censura e repressão” (PINTO, 2003, p. 57): o regime militar, pela ligação das feministas com os seus opositores e os grupos de esquerda, que viam o feminismo como uma luta menor diante da luta de classes.

O slogan “o pessoal é político” marcou essa onda, reivindicando que o espaço privado – o corpo, o lar e as tarefas domésticas – também eram espaços de

desigualdade de poder e estavam sobre domínio masculino, assim como o público. As pautas relacionadas ao direito da mulher de autonomia sobre o próprio corpo são características dessa onda, como: aborto, controle da natalidade, prazer sexual e violência doméstica. Essa onda foi influenciada pela obra de Simone de Beauvoir “O segundo sexo”, publicado em 1949 e pela “Mística Feminina” de Betty Friedan, lançado em 1963.

A participação pública das mulheres nas universidades, em trabalhos formais e também nos movimentos sociais começou a aumentar, a partir dos anos de 1960. Os movimentos de mulheres – muitas não se denominavam feministas – foram fortes e atuantes “[...] nos clubes de mães, nos movimentos por creche, nas marchas da ‘panela vazia’ [...], nas reivindicações por anistia política e no movimento *Diretas Já* [...]. Além disso, criaram associações femininas específicas e ‘casas da mulher” (PEDRO, 2012, p. 240-241).

Na década de 1970, inspiradas no feminismo da Europa Ocidental e dos Estados Unidos, são construídos os grupos de consciência ou de reflexão. Eram formados exclusivamente por mulheres que se reuniam para debater a condição de “ser” mulher e o machismo. Na medida em que cresciam, esses grupos iam se dividindo e se espalhando, inclusive nas periferias (PEDRO, 2012).

O ano de 1975 foi intitulado o Ano Internacional da Mulher pela Organização das Nações Unidas (ONU) dando início a década da mulher e foi criado o Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira, um espaço para estudo e pesquisa das questões das mulheres no país. O Centro foi o marco de entrada do feminismo no cenário público, abrigando diversas tendências/correntes. Todavia, o feminismo radical foi a que mais teve dificuldades de se manter na organização porque propunha uma discussão “considerada burguesa ou mesmo moralmente inadequada, como sexualidade, corpo, aborto, contracepção” (PINTO, 2003, p. 59).

A década de 1980 foi de “efervescência na luta pelos direitos das mulheres”, com a criação de vários grupos e coletivos por todo o país. Esses grupos estavam próximos aos movimentos sociais de base, na luta por educação, moradia, saneamento e saúde e tratavam de muitos temas: “violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo, opções sexuais” (PINTO, 2010, p. 17).

A terceira onda nessa categorização, a partir dos anos de 1990, seria marcada por uma maior institucionalização do movimento feminista, principalmente a

partir de ONGs e das campanhas eleitorais de mulheres concorrendo a cargos políticos e pelas discussões intragênero, sobre as diferenças entre as próprias mulheres. Com destaque à ONG *Geledés* no luta contra o racismo e o machismo e as críticas internas ao movimento pela ausência de debates plurais, que incluíssem as mulheres respeitando sua diversidade. Seria uma fase com várias frentes de debates, motivo pelo qual Pinto (2003) denominou de “feminismo difuso”.

Marlise Matos (2010) retomou essa reflexão e apresentou a possibilidade de uma “quarta onda” feminista no Brasil e América Latina, pautada pela necessidade de uma radicalização anticapitalista. Assim, a definiu:

[...] como um processo de “democratização de gênero no âmbito das instituições e da (re)formulação de políticas públicas”, assim como de revitalização da agenda clássica do feminismo na busca por direitos, desta vez a partir dos desafios colocados pelo movimento contemporâneo de transnacionalização do feminismo, de globalização das agendas locais das mulheres e de fermentação das estratégias feministas horizontais (MATOS, 2010, p. 83).

Matos (2010, p. 86) também apontou que um sentido orientador dessa nova onda seria a “ênfase em fronteiras interseccionais, transversais e transdisciplinares entre gênero, raça, sexualidade, classe e geração”. E, considerou a Marcha Mundial das Mulheres (MMM), originada no Canadá em 1999, um movimento emblemático da quarta onda. Ela se constitui em uma luta pela transversalidade dos direitos humanos. “[...] MMM pretende ocupar o espaço de uma organização feminista transnacional baseada nas lutas antiracistas e antimachistas e dos ativismos antiglobalização” (MATOS, 2010, p. 87).

Muito antes disso, o Estado começou a se preocupar em controlar o exercício da maternidade e em promover políticas materno-infantis no Brasil. Maria Martha de Luna Freire (2014) pesquisando sobre o higienismo nas primeiras décadas do século XX afirmou que o maior tesouro político do país eram as crianças. Nesse contexto, a elevada mortalidade materna e infantil começou a preocupar os governantes, que julgaram que a responsabilidade seria das mães. Assim, médicos e higienistas decidiram ensinar as mulheres a cuidar de seus próprios filhos. Esse processo de pedagogia da maternidade foi sustentado por políticos, educadores, juristas, parcela das feministas e representantes da Igreja Católica. O discurso sanitário exigia que as mulheres brancas voltassem a amamentar e exerceu uma “guerra às amas-pretas” (FREIRE, 2014, p. 5). Esse discurso da mãe “científica”, nas palavras de Freire (2008) ou “cívica” de acordo com a interpretação de Rago (1997)

propagou que a função social da maternidade seria alimentar, educar e criar os futuros trabalhadores da nação.

Conforme Freire (2014) esse movimento de pedagogia materna, no contexto pós-proclamação da República, trouxe a analogia de que a nação brasileira estaria também sendo “gestada” e higienizar a maternidade seria uma forma de consequentemente higienizar o país, adotando uma nova moralidade social. Nesse sentido, os corpos das mulheres deveriam possuir um novo simbolismo político, servindo aos interesses coletivos, não apenas da sua família, mas da nação. Disto decorreu o empenho nas políticas de saúde materno-infantis.

Assim, se entende que existem duas politizações da maternidade a serem tratadas nesta tese:

- 1- A maternidade no projeto de Estado: as políticas de proteção à maternidade e/ou o uso da maternidade com fins econômicos e ideológicos pelos governantes.
- 2- A problematização da maternidade pelo feminismo: como este movimento entende a maternidade e suas relações de poder.

Primeiramente, é importante diferenciar as políticas públicas de saúde voltadas à proteção da maternidade e o uso destas, ou a criação de outras, com o objetivo de utilizar e controlar o exercício da maternidade de acordo com os interesses do Estado. As políticas nacionais de saúde da mulher datam da primeira metade do século XX, limitadas à condição da maternidade, apresentadas geralmente, na forma de programas materno-infantis. Esses programas elaborados até meados da década de 1980 pensavam a mulher enquanto um corpo que tem a função social de gestar e parir e, posteriormente, amamentar. O movimento feminista criticou fortemente esses programas por entender que eles reduziam as mulheres à maternidade e do mesmo modo, de acordo com essa visão, a saúde da mulher só era importante quando ela estava exercendo o papel lhe atribuído socialmente de ser mãe.

Elisabeth Nagahama e Silvia Santiago (2005) ao tratar da institucionalização do parto abordaram os programas de saúde materno-infantil, entre as décadas de 1920 a 1980, identificando o controle ideológico do estado brasileiro sobre a saúde e a sexualidade das mulheres. Observaram que até meados da década de 1980 eram programas de caráter vertical, pautados pela dimensão biológica e medicalizante.

O Departamento Nacional da Criança (DNCR) foi o primeiro órgão do governo voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil, criado em 1940, durante o Estado Novo. Estava de acordo com as autoras “[...] concentrado nas ações de puericultura, e voltado para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 652).

O DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação. [...] existiram duas visões quanto ao significado da atenção prestada ao grupo materno-infantil: uma seria a de que a reprodução se constituía em uma função essencialmente social, interessando muito mais à sociedade que ao indivíduo; a outra era a que encarava as práticas de higiene simplesmente como defesa e conservação da vida. Não se preocupava em disciplinar a reprodução, mas o combate à mortalidade infantil era enfatizado como garantia de se construir uma nação forte, sadia e progressista [...] (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 652).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que passou a coordenar a assistência materno-infantil. Nagahama e Santiago (2005) identificaram que no final da década de 1950 a saúde materno-infantil foi perdendo importância em vista das moléstias endêmicas rurais que se tornaram prioritárias, decorrendo na extinção do DNCR em 1965. O interesse retornou em 1971, quando foi elaborado o documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil” sendo “a primeira menção a cuidados específicos com o grupo materno-infantil pós-64” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 653).

Entre 1964 e 1973 foi instituído um modelo privatista de atenção, como reflexo da medicina previdenciária. Já em 1975 foi implementado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) preocupado com o nascimento de crianças saudáveis e sua nutrição, tendo por alvo “gestantes, parturientes, puérperas, e as que estavam em idade fértil. As ações planejadas tinham como objetivo contribuir para a maior produtividade, com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 653). E, em 1976 o referido Programa passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde se tornando o órgão responsável pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente. Nesse contexto da ditadura civil-militar, as mulheres sofriam forte influência dos organismos internacionais de controle demográfico, como a Sociedade Civil de Bem Estar

Familiar (BEMFAM) que distribuía métodos contraceptivos, principalmente pílulas sem acompanhamento médico.

Dagmar Meyer (2003) observou que ao longo dos séculos XIX e XX multiplicaram-se discursos sobre os cuidados rigorosos que as mulheres deveriam ter durante a gestação. Redes de poder-saber sustentaram políticas públicas, como forma de monitorar as mulheres, reinscrevendo o corpo materno em um regime de vigilância. Essas políticas de gestão da vida, processo que Foucault denominou de biopolítica, evidenciaram que a mulher estava posicionada na condição de mãe, antes de qualquer outro papel que pudesse assumir. Nesse contexto, se medicalizou o corpo e a vida das mulheres responsabilizando-as pela criação de filhos saudáveis.

A politização da maternidade não foi/é difundida apenas pelo Estado. Além dos profissionais da puericultura, os meios de comunicação também trabalha(ra)m nesse processo que “[...] atualiza, exacerba, complexifica e multiplica investimentos educativo-assistenciais que tem como foco mulheres-mães [...]” (MEYER, 2005, p. 82). Ela produz e sustenta discursividades que desvinculam os problemas dos seus contextos sociais e remetem a solução às mães, que devem resolvê-los exercendo um determinado tipo de maternidade.

Essas discursividades que compõe a pedagogia da maternidade normatizam a mãe ideal, o modelo da boa mãe, delimitando e restringindo a atuação das mulheres. De acordo com Meyer (2003, p. 42) as práticas de significação da maternidade exercem poderes: “nomear, descrever, classificar, identificar e diferenciar, por exemplo, jeitos de ser – mulher e mãe; [...] de incluir, excluir e definir corpos, comportamentos, grupos e/ou mulheres individuais e, assim, demarcar os seus lugares sociais”.

Existem diversas possibilidades de exercício da maternidade, mas algumas delas são revestidas de autoridade, tanto que passam a ser percebidas como norma ou modelo a ser seguido. Em contraponto, as outras maternidades passam a ter significados pejorativos e a ser classificadas como “maternidades de risco ou maternidades desviantes” (MEYER, 2003, p. 42).

Pensando, por exemplo, no caso da amamentação: Muitas mulheres relatam prazer em alimentar com os seios seu/sua filho/filha e consideram-na um momento de relaxamento e vínculo. Para outras mulheres é uma tarefa dolorosa e de exaustão e a desempenham por se sentirem obrigadas moralmente ou por ser a

única fonte de alimento à criança. Nesse sentido Meyer (2003, p. 54) alertou que cabe “visibilizar e problematizar as poderosas redes de disciplinamento e de controle social que, em nome dessa crença, são produzidas e colocadas em circulação nessas pedagogias da maternidade”.

Estudando a realidade francesa Badinter (2010) observou que na década de 1990 a crise econômica e o desemprego fizeram com que muitas mulheres voltassem ao lar. Diante dessas incertezas, emergiu o discurso do naturalismo, revestido de modernidade, mas que em essência afirma que as mulheres devem reatar com a natureza, com o instinto materno. Para a autora, o que difere do século XVIII é que “elas tem hoje três possibilidades: aderir, recusar ou negociar, caso privilegiem os interesses pessoais ou a função materna” (BADINTER, 2010, p. 12).

Na obra “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, Badinter (1985) desconstrói tal ideário apontando que o amor materno é construído de modo contínuo e não dado. Esta aceção criada no século XVIII implica em obrigar a mulher a cuidar dos filhos, trancafiada no espaço privado, aliviando o homem de tal tarefa. A “mulher selvagem” ocupa lugar de honra em contraponto às amas de leite que são vistas como mercenárias e as “mães burguesas” como egoístas. Ainda, a mulher era comparada às fêmeas de várias espécies do reino animal, inclusive as leões.

Foi por isso que se recomendou às mães imitar a sábia atitude de todas as espécies de Fêmeas [...]. Entre essas fêmeas, encontra-se o estado ideal de pura natureza, um instinto não desnaturado pelo interesse, isto é, o instinto materno não desviado pelo egoísmo da mulher. [...] os bichos mais cruéis, os mais selvagens como as tigresas ou as leões, abandonassem sua ferocidade para cuidar de seus filhotes. E que preferissem, muitas vezes, perecer com eles a abandoná-los, quando perseguidos pelos caçadores (BADINTER, 1985, p. 186).

Badinter (1985) não negou a existência do amor materno, ela negou a existência dele em todas as mulheres como algo natural.

Aos olhos de muitos, não amar um filho é o crime inexplicável. E quem procura mostrar que esse amor não é indefectível é imediatamente suspeito de ser um insensato, ou um acusador injusto das mulheres do passado, ou ainda de interpretar propósitos e comportamentos em função de valores atuais. Numa palavra, de não fazer caso do rigor científico que proibiria inferir, com base em comportamentos, a existência ou a inexistência de um sentimento. É, porém, reveladora a constatação de que se é proibido inferir a ausência de amor materno em tal ou qual caso, em compensação não é proibido postular-se implicitamente a existência e a constância desse mesmo amor (BADINTER, 1985, p. 12).

Há uma imposição social para que as mulheres sejam mães e amem seus filhos acima de tudo, mais do que a si mesmas. “[...] o devotamento era parte integral da ‘natureza’ feminina, [...] a fonte mais segura de sua felicidade. Se uma mulher não se sentia dotada de uma vocação altruísta, fazia-se apelo à moral que lhe impunha o sacrifício” (BADINTER, 1985, p. 266). O Estado percebeu que poderia instruir e controlar o trabalho materno de modo gratuito para diminuir a mortalidade infantil, tendo em vista que as crianças logo se tornariam força produtiva e que o “amor materno” não precisaria ser remunerado.

No fim do século XVIII há, de acordo com Badinter (1985), uma revolução das mentalidades e o conceito de amor materno aparece como um dado novo. Nessa retomada do conceito crescem as publicações que incentivavam as mães a cuidar e amar seus filhos, ordenando inclusive, a amamentação. A novidade não estava no sentimento, mas na sua exaltação, em tornar o amor materno um valor social, uma obrigação cujo objetivo era a sobrevivência das crianças. Assim, as mulheres foram cedendo a essa pressão social e, defendeu Badinter (1985), que o faziam não pelos interesses do Estado que queria mais e mais trabalhadores para industrializar-se, mas pelo discurso moralizante que, ao mesmo tempo, subjogava aquelas que se recusavam a maternidade e prometia felicidade e respeito às que se tornavam mães.

Três discursos diferentes e complementares foram empregados nesse intento. Um discurso econômico, dirigido aos “homens esclarecidos”, pautado na demografia e na importância da população, considerando a criança um valor mercantil; um discurso filosófico, para homens e mulheres, pautados em Rousseau e, um discurso produzido pelo Estado dirigido às mulheres, responsabilizando-as pela nação, através do cuidado com a futura força de trabalho, isto é, a criança (BADINTER, 1985).

Rousseau exerceu um trabalho de convencimento das mulheres para que se dedicassem à maternidade.

Os carinhos maternos, a liberdade do corpo e as roupas bem adequadas testemunham um novo amor pelo bebê. Para fazer tudo isso, a mãe deve dedicar a vida ao filho. A mulher se apaga em favor da boa mãe que, doravante, terá suas responsabilidades cada vez mais ampliadas. Nesse final do século XVIII, é em primeiro lugar a higiene e a saúde do bebê que exigem a atenção da mãe. Seus deveres começam desde que ela engravida. [...] aconselhada por Rousseau. (BADINTER, 1985, p. 206).

O *status* sagrado da maternidade dificulta o questionamento sobre os limites do amor materno. Badinter (1985) contestou o caráter inato do sentimento materno, a viabilidade dele ser compartilhado por todas e que a condição de normalidade das mulheres fosse atestada pelo exercício da maternidade. Desestabilizou o ideário de que o desejo de ter filhos seria uma força irresistível que daria sentido à vida das mulheres elevando-as a condição de sujeito.

Segundo Badinter (2010, p. 20), a decisão de ter filhos, ou não, “decorre mais amplamente do afetivo e do normativo do que da consideração racional das vantagens e dos inconvenientes”. É evidente que o desejo de ser mãe existe, mas não nasce junto àquelas/es portadoras/es de um útero, nem é sentido por todas, sendo que para algumas pessoas essa ideia lhes causa repulsa. Do mesmo modo, não deve existir uma conduta universalizante para a prática da maternidade.

Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não há uma lei universal nessa matéria, que escape ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É "adicional". (BADINTER, 1985, p. 367).

O segundo viés de análise sobre a politização da maternidade tem por objetivo refletir como o feminismo a politizou. Lucila Scavone (2001) observou que o feminismo teve três posicionamentos que prevaleceram em diferentes momentos frente à maternidade, conforme exposto na introdução. No pós Segunda Guerra Mundial a maternidade deveria ser recusada, pois se entendia que ela era a responsável pela manutenção da dominação masculina. Em contraponto, na década de 1970 a maternidade foi percebida como um poder único das mulheres, do qual os homens tinham inveja e se deveria valorizar essa diferença e, por fim, a noção atual de que ser mãe é ao mesmo tempo uma condição que confere poder e opressão.

Esta percepção de que a maternidade seria a causa da dominação das mulheres pelos homens acarretou em lutas por direitos, como a descriminalização do aborto em alguns países da Europa e dos EUA. Para Georgiane Vásquez (2014) esse foi um momento em que o feminismo ressignificou, parcialmente, a maternidade e o que se entendia por mulher, já que haveria possibilidades legais de dissociar mulher e procriação.

Na compreensão atual, as correntes feministas que centram seus debates no conceito de gênero advogam que não é a biologia que determina a procriação como um dever às mulheres. São as relações econômico-culturais que utilizam a força, o tempo e o corpo das mulheres para exercer o trabalho reprodutivo gratuitamente e, em contraponto, valorizam excessivamente essa função, chegando ao ponto de santificá-la como um mecanismo para a manutenção dessa lógica exploratória.

No final da década de 1970 e começo de 1980 médicos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a partir da experiência em um ambulatório desta universidade, observaram a importância de promover uma assistência que atendesse todo o corpo da mulher, em sua integralidade. Esse modelo de assistência foi denominado Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) e surgiu como oposição ao modelo de assistência que os militares vinham desenvolvendo no país.

Nesse período os movimentos de mulheres passaram a situar a anticoncepção no campo dos direitos das mulheres, entendendo que a regulação da fecundidade deveria ter uma abordagem integral e se interessaram pelo modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, visando torná-lo um programa nacional e que incluísse educação sexual e em saúde. Assim, em 1983, um grupo que reunia diversos profissionais da saúde e militantes de movimentos sociais, entre eles “[...] sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 654).

Nesse contexto de transição para o período democrático, o próprio Estado passou a interessar-se em mudar o “comportamento demográfico da população, de uma forma menos autoritária do que haviam feito até então, o que vinha ao encontro das demandas feministas quanto aos direitos contraceptivos e à sexualidade” (TORNQUIST, 2004, p. 153-154). Essa articulação entre feministas e sanitaristas não resultou somente no PAISM, mas também na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

Em 1984 o Ministério da Saúde implantou oficialmente o PAISM. Nagahama e Santiago (2005) explicitaram as três forças no momento em que ele surgiu:

[...] as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos

movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 654).

Conforme se observará, o Programa não se desenvolveu em toda sua potencialidade. Apesar disso, o PAISM ocupa uma posição central no debate dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na atualidade. Pois, além de se destinar a saúde integral da mulher, em uma perspectiva que valoriza a sexualidade e outras instâncias da vida, não só na fase reprodutiva, demarcou um período de conquista de cidadania das mulheres. Por isso, no capítulo quatro ele será debatido com maior profundidade, analisando sua Base programática (1983) e as matérias da imprensa que o pautaram.

O Jornal *Mulherio* publicou com o título “Mãe: paraíso perdido ou reencontrado?” uma matéria que abordou o tema da maternidade compulsória. Num viés bastante otimista a autora do texto, Carmen Barroso, escreveu: “[...] recentemente, os tabus estão sendo quebrados e as máscaras estão caindo. As mulheres começam a assumir a sua voz e a dizer o que sentem” (MULHERIO, 1981, nº 1, p. 8).

O título deste artigo faz alusão ao capítulo de conclusão do livro de Badinter (1985) que teve sua edição original “L’Amour en plus” publicada em 1980.

[...] registremos, simplesmente, o nascimento de uma irreduzível vontade feminina de partilhar o universo e os filhos com os homens. E essa disposição modificará, sem dúvida, a futura condição humana. Quer renunciemos o fim do homem ou o paraíso reencontrado, terá sido Eva, mais uma vez, quem modificou a distribuição das cartas. (BADINTER, 1985, p. 370).

Nessa passagem, Badinter (1985) evocou a possibilidade dos homens exercerem a paternidade de modo mais responsável. Contudo, salientou que ainda assim, “Eva” estaria distribuindo as cartas, ou seja, as mulheres que estavam trabalhando pela construção dessa paternidade responsável, pela mudança das posturas masculinas.

Os defensores do instinto de maternagem o compreenderam como um sentimento inscrito na natureza feminina desde os primórdios, ou seja, toda mulher deveria tornar-se mãe e amar seus filhos. Essa seria a razão da sua vida.

Contraopondo essa essencialização, Badinter (1985, p. 15) questionou: “Por que não poderíamos admitir que quando [...] uma sociedade [...] não valoriza a mãe, o amor materno não é mais necessariamente desejo feminino?”.

No *Mulherio* havia o entendimento de que o papel de cuidar dos filhos é ensinado às meninas desde a infância. Mas que, apesar disso, os sentimentos em relação à maternidade poderiam variar, contestando o amor maternal inato a todas às mulheres.

E o que sentimos é que tudo aquilo que nos foi ensinado, desde a época que ainda não sabíamos falar e já nos colocavam uma boneca no colo, ensinando-nos a niná-la, constitui apenas uma face da moeda. No Brasil, hoje, a maternidade pode ser, sim, fonte de enorme deleite; as crianças costumam ser, sim, criaturas deliciosas; e a convivência com elas, sim, pode nos dar grande prazer. Porém, elas também são por vezes extremamente desagradáveis e cansativas; e são fontes de dúvidas, incertezas e angústias (MULHERIO, 1981, nº 1, p. 8).

Além disso, Barroso empregou o termo “maternidade compulsória” tecendo uma crítica ao essencialismo biológico e ao capitalismo que vinculam as mulheres à maternidade, ao trabalho reprodutivo.

[...] O reconhecimento da ambivalência em relação à maternidade – tal como ela é institucionalizada dentro do capitalismo e do patriarcado – é um primeiro passo no questionamento da maternidade compulsória, destino inexorável de toda mulher, supostamente determinado pelo simples fato da existência de um útero dentro do seu ventre. Quando se questiona a maternidade compulsória, quando se reivindica o direito inalienável da mulher ao controle do seu próprio corpo, o que se postula evidentemente, não é a não-maternidade igualmente compulsória. Isto é tão óbvio que parece desnecessário repetir. Mas é que esse questionamento é frequentemente distorcido, e as feministas passam a ser vistas como mulheres que não querem ter filhos (MULHERIO, 1981, nº 1, p. 8).

Definiu maternidade compulsória como o “destino inexorável de toda mulher, supostamente determinado pelo [...] útero dentro de seu ventre”. Por fim, Barroso reclamou que as feministas ao lutarem pelo direito de controle do próprio corpo tinham seus discursos distorcidos e eram vistas como aquelas que não querem ter filhos. Apesar disso, na mesma perspectiva otimista que iniciou o texto, o concluiu, afirmando que é “[...] possível a criação de novo sistema de cuidado das crianças. Isto, no entanto, depende da [...] mobilização das mulheres e dos homens [...] [para]

mudar essa divisão que está na raiz das desigualdades sociais.” (MULHERIO, 1981, nº 1, p. 8).

Do mesmo modo que a maternidade, o parto pode ser vivido de diferentes modos por cada mulher. Inês Castilho escreveu sobre sua experiência materna, enquanto feminista, sob o título: “Entre a solidão e a plenitude”, publicada na página seguinte, dessa mesma edição.

Lembro de duas companheiras de feminismo, às vésperas de eu ter meu segundo filho, me olhando profundamente preocupadas por eu ter escolhido um parto sem anestesia. Me tocou o medo de sofrer daquelas duas mulheres, jovens e feministas. Penso que a dor é parte integrante, inalienável da vida. Que ao tentar alienar-se da dor, anestesia-se também o prazer. Esse prazer profundo que pode ser dar à luz, amamentar, acariciar e ver desabrochar a cria. [...] Penso, finalmente, que é injusto que seja assim. Que apenas as mulheres sejam responsáveis pela vida e morte, saúde e doença, felicidade ou fatalidade que a vida reserve para nossos filhos. Que os homens assumam tão pouco a paternidade. Que tenham criado uma sociedade aonde nos dizem ‘ser mãe é o principal papel da mulher’ não deixando espaço para vivermos outras dimensões. E mesmo o prazer da maternidade nos é negado, o parto (embora ‘natural’) tornado uma operação cirúrgica, impessoal, a criança retirada de nós abruptamente para os berçários, e mãos ‘profissionais’ (MULHERIO, 1981, nº 1, p. 9).

Ao escrever sobre sua experiência enquanto parturiente, Castilho defendeu sua escolha pelo parto natural, sem anestesia. Entretanto, reconheceu que outras mulheres, inclusive suas companheiras de feminismo, não queriam parir assim, em virtude da possibilidade de sentir dor. Ainda, refletiu sobre o quanto a maternidade é um fardo às mulheres “responsáveis pela vida e morte, saúde e doença, felicidade ou fatalidade” (MULHERIO, 1981, nº 1, p. 9). Um fardo que começa desde o parto, entendido como doença e sofrimento, negando qualquer possibilidade de prazer na vivência desse momento.

Ainda abordando o instinto materno e as políticas destinadas à saúde da mulher, foram selecionados dois artigos do jornal *Fêmea* que abordaram o discurso de posse de José Serra²¹, como Ministro da Saúde. Foi noticiada a posse de Serra (PSDB/SP) no dia 31 de março de 1998. O artigo teve por objetivo informar que ele havia prometido priorizar em sua gestão a saúde da mulher.

O ministro falou que formulará as políticas e fará monitoramento das ações para que as mulheres se sintam respeitadas e apoiadas. ‘Os investimentos na melhoria da qualidade de vida das mulheres são os que representam

²¹ Dados biográficos de José Serra podem ser acessados em: FGV CPDOC. **Verbete SERRA, José**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/jose-serra> Acesso em: 21 out. 2019.

maior retorno social, pois repercutem sobre toda a comunidade. São elas os mais eficientes agentes de mudança, inclusive na política de saúde. Mais do que todos, esse Ministério deve tomar esse partido', acrescentou o ministro. (FÊMEA, 1998, nº 62, p. 7).

Já na edição de abril de 1998, Fátima Oliveira, médica negra, diretora da União Brasileira de Mulheres (UBM)²² no período, em um tom de ironia comentou sobre o discurso de posse do Ministro da Saúde: "A pergunta que pude fazer ao saber de tal disposição foi: ele é Ministro da Saúde de qual país, mesmo? Como é do Brasil, apego-me a filosofia de São Tomé: 'só vendo pra crer'." (FÊMEA, 1998, nº 63, p. 6).

A médica afirmou que o Brasil não precisava de um novo projeto para a saúde, pois a proposta do SUS, em sua opinião, era "magistral" ao incorporar os referenciais da integralidade, universalidade, equidade e igualdade. Mencionou, inclusive, que Serra, votou a favor do SUS na Constituição de 1988 e que falar em Saúde da Mulher sem defender o SUS era "abstração", pois sem ele "é absolutamente impossível deslanchar o PAISM" (FÊMEA, 1998, nº 63, p. 6).

Quero relembrar que algum compromisso com a 'Saúde da Mulher' exige ousadia para defender e implementar o SUS, em meio à uma política de mal estar social estabelecida em nosso país, e o entendimento que Saúde da Mulher é igual à implementação do PAISM, ainda a grande bandeira das mulheres em luta pela saúde. Para cumprir os pontos citados, é necessário respeitar e dar visibilidade ao disposto sobre os direitos sexuais e reprodutivos nos Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos da Mulher, dos quais o Brasil é signatário, tais como: *Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, Cairo 94 e Pequim 95*. (FÊMEA, 1998, nº 63, p. 6).

A fala de Oliveira buscou comprometer o Ministro sobre a importância da implementação do PAISM, bem como os acordos internacionais assinados pelo Brasil como a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW -1979), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em Cairo - Egito em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher que aconteceu em Pequim (Beijing) - China em 1995. O *Mulherio* através de Oliveira estava apontando que cuidar da saúde da mulher, sem

²² A UBM - União Brasileira de Mulheres foi fundada em 1988 vinculada ao PCdoB "é uma entidade nacional, sem fins lucrativos, que luta pelos direitos e emancipação das mulheres, visando a construção de um mundo de igualdade contra toda opressão". Para saber mais: UBM. Estatuto. 1988. Disponível em: <http://ubmcarioca.blogspot.com/p/estatuto-da-ubm.html> Acesso em: 19 nov. 2019.

ser de modo integral, isto quer dizer, sem a implementação do PAISM era “filosofia de São Tomé”.

Cabe compreender o motivo pelo qual o Ministro defendeu com tanto afinco priorizar a saúde da mulher. Investiria tendo em vista que ela promove “maior retorno social” e as mulheres são “os mais eficientes agentes de mudança”, de acordo com as palavras de Serra. Partindo das leituras de Badinter (1985) e de Meyer (2003) entendo que ele estava tratando das mulheres mães e da possibilidade de regular maternidades a serviço do Estado. Valer-se-ia do trabalho reprodutivo das mulheres como cuidadoras natas, que de modo invisível e não remunerado cuidam dos idosos e doentes e de seus filhos e maridos. Nesse contexto, o Ministro bem colocou que promover saúde à mulher seria um investimento, afinal, o Estado cuidaria daquela que se sente moralmente obrigada a cuidar de todos de modo gratuito.

2.3 O direito de não tornar-se mãe ou de ser mãe de uma “escadinha”

As décadas de 1950 e 1960 apresentaram uma “explosão populacional” que serviu como justificativa para políticas de controle de natalidade. A maioria dos países do Terceiro Mundo e o posicionamento político da esquerda foi de defender a fecundidade elevada, como um sinal de afirmação nacional, tendo em vista o controle que os países ricos estavam exercendo ao intervir na soberania dos países pobres. Dentre as teorias que pautavam o controle da fecundidade estava a neomalthusiana. Thomas Malthus²³, economista e pastor da Igreja Anglicana que viveu entre 1766 e 1834, acreditava que a população crescia mais rápido que os meios de subsistência. Para ele, a população crescia em ritmo geométrico, enquanto os alimentos em ritmo aritmético (PEDRO, 2010). O crescimento demográfico nesse período foi decorrente “[...] de uma mortalidade em queda num quadro de elevadas taxas de fecundidade” (CORRÊA; JANUZZI, 2003, p. 31).

Para Corrêa e Jannuzzi (2003, p. 48) o direito reprodutivo implica em restringir “qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos”. Já

²³ Para saber mais sobre a teoria de Malthus sobre o crescimento populacional recomenda-se a leitura da obra: MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a população**. Tradução: Antonio Alves Cury. São Paulo: Abril Cultural, 1993. (Os economistas).

no âmbito privado, implica que os companheiros “não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar, ou a realizar um aborto forçado”. Que toda pessoa tenha “[...] liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum [...])”.

Joana Pedro (2003) pesquisou as representações dos corpos das mulheres nos periódicos de Florianópolis, no século XX, com relação à prática do aborto e do infanticídio. Observou que elas partiam de discursos médicos que ligavam as mulheres à esfera doméstica. Essas imagens dos jornais apresentavam mulheres-mães cuidadoras. Para a constituição da figura de mulher honesta, apareciam em contraposição “as infanticidas e as envolvidas com aborto” (PEDRO, 2003, p. 158). A repercussão na imprensa das punições destas últimas (ou às falsamente acusadas) servia para atemorizar outras mulheres.

Na Antiguidade era o pai que decidia recusar a criança e isso mudou a partir da Idade Média quando a Igreja passou a considerar o aborto e o infanticídio pecados das mulheres. Com o surgimento da burguesia a sexualidade das mulheres passou a ser mais controlada, exigindo delas um “alto preço: a fidelidade e o casamento como forma legítima de expressão de sua sexualidade, a dedicação à maternidade como constituição da identidade de gênero” (PEDRO, 2003, p. 162).

Pedro (2003) observou que os mesmos corpos que eram enclausurados como forma de preservar a sexualidade e controlados para gerar herdeiros legítimos passaram a ser responsabilizados pela ameaça da superpopulação. De lugares da procriação, vistos como vasos e receptáculos, os corpos femininos se tornaram um local estratégico para o controle demográfico, a partir da década de 1950. Mas são corpos marcados por raça, classe e território.

Em outro texto, Pedro (2010) pesquisou sobre a experiência da pílula contraceptiva no Brasil, entre gerações de usuárias. Afirmou que o objetivo da introdução de contraceptivos no país, em 1962, foi diminuir as numerosas famílias pobres sob um recorte racial promovendo o branqueamento social. Contudo, as mulheres que mais reduziram a fecundidade foram as das camadas médias e brancas em sua maioria que “mudaram sensivelmente as relações de gênero” (PEDRO, 2010, p. 141), podendo separar sexualidade e reprodução. Ainda, diferente da Inglaterra e da França, no Brasil não houve luta coletiva pelo acesso aos métodos anticonceptivos, desse modo, “[...] não poderia estar na memória das

mulheres como tendo forte significado para a autonomia do conjunto das mulheres” (PEDRO, 2010, p. 154).

Setores do movimento feminista nos anos setenta, próximos à Igreja Católica, criticaram os contraceptivos hormonais, apontando que o desenvolvimento econômico dependia de justiça social e não de controle demográfico e que a pílula poderia ser nociva à saúde das usuárias: “mal-estar, os enjoos, as dores de cabeça, as varizes, os engordamentos. Em seus depoimentos, estes desconfortos promoveram, no final da vida reprodutiva, a busca por formas definitivas de controlar a fertilidade” (PEDRO, 2010, p. 249).

A esterilização feminina via ligadura de trompas “se tornou a solução das mulheres brasileiras (e latino-americanas) para optarem pela não-maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 52). Constituiu-se em um método de contracepção no qual as trompas são cortadas ou amarradas evitando que óvulo e espermatozoide se encontrem e é conhecida popularmente por “laqueadura”. No Brasil se tornou uma cirurgia rotineira durante a cesariana, sendo praticamente irreversível.

O jornal *Mulherio* em julho/agosto de 1982 publicou em sua capa “Planejamento Familiar: Basta opor-se aos programas impostos pelo governo?”. Dedicou uma seção ao planejamento familiar, entre as páginas 14 e 18. Sob o título “Repensando nossas propostas” *Mulherio* abriu o debate desse tema, indicando que dentro do movimento de mulheres²⁴ ele estava sendo discutido e repensado.

As mulheres sentem no próprio corpo e na própria vida a necessidade de controlar sua fecundidade. A reivindicação de "maternidade voluntária" tem sido uma das suas lutas fundamentais desde o século passado. Paralelamente, políticas natalistas ou antinatalistas têm usado o corpo feminino como patrimônio social, sem nenhuma consideração pelos seus interesses e necessidades pessoais (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 14).

Lúcia Araújo²⁵ e Maria Carneiro da Cunha²⁶, fizeram a denúncia de que tanto natalistas quanto antinatalistas se apropriaram do corpo das mulheres, sem

²⁴ Não será estabelecida uma distinção entre os movimentos de mulheres e o feminista nessa pesquisa, em virtude da fonte principal ser a imprensa feminista, mas se reconhece a existência dessa discussão. De acordo com Céli Pinto (2003, p. 43) o movimento de mulheres se não pode ser dissociado do feminismo, tem pelo menos uma especificidade que os diferencia: “foram movimentos organizados não para por em xeque a condição de opressão da mulher, como no caso do feminismo, mas para a partir da própria condição de dona-de-casa, esposa e mãe, intervir no mundo público”.

²⁵ Não foram localizadas informações.

²⁶ Uma das fundadoras de *Mulherio*, jornalista e escreveu livros sobre aborto e comportamento sexual na década de 1980.

considerar sua individualidade e sua condição de sujeito. Anunciaram que as feministas de opositoras, posição inicial, passaram a considerar o planejamento familiar necessário, principalmente por entenderem que nele residia a possibilidade de terem seus interesses e escolhas respeitadas. Acreditavam que a liberdade reprodutiva era limitada por fatores socioeconômicos e culturais. “Para as mulheres solteiras e sem dinheiro é praticamente impensável ter filhos, igualmente, para as mulheres casadas sem acesso a atividades gratificantes, fora do lar, é praticamente impossível não ser mãe” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 14). Somado a isso, mencionaram que “milhares de mulheres não tem informação sobre o próprio corpo, nem acesso aos serviços médicos necessários para o uso de certos métodos anticoncepcionais” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 14), sendo que muitos são impostos pelos médicos “sem permitir que a paciente escolha de acordo com seus interesses” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 14).

Além disso, refletiram sobre a ausência de creches e de empregos que possibilitassem a mulher conciliar trabalho assalariado e maternidade e, que a “falta de divisão do trabalho doméstico faz da maternidade uma ocupação em tempo integral” impossibilitando a mulher de desenvolver outros aspectos de sua vida (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 14). Denunciaram que a falta de amparo social por parte do Estado e de divisão de tarefas dentro de casa limitam “o direito de opção e, portanto, a luta pelo acesso a contracepção é apenas uma das partes da campanha pela maternidade livre” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 14).

Nesta edição foram empregados os termos “maternidade voluntária” e “maternidade livre”. “Maternidade voluntária” apareceu como uma reivindicação, uma luta fundamental, uma necessidade de controlar sua fecundidade. Já “maternidade livre” foi associada ao direito de opção e a luta pelo acesso a contracepção. Também cabe inferir sobre a condição do corpo feminino como patrimônio social. Um corpo que deve ser venerado, mas também deve servir à sociedade, precisa estar pronto ao trabalho reprodutivo, pois é um corpo sem vontades individuais. Ainda, *Mulherio* ao tratar das mulheres que se dividem entre o trabalho reprodutivo e o produtivo, dentro e fora do lar, está falando de um público seletivo de mulheres que detém o privilégio dessa classificação ser inteligível em suas vidas. O jornal não está considerando as empregadas domésticas, as trabalhadoras informais como as costureiras e, as mulheres rurais, para as quais a divisão entre público e privado

toma outros contornos mais complexos (se for possível distingui-la), embora também necessitem de suporte estatal.

Na mesma publicação, foi apresentada a entrevista da demógrafa Elza Berquó, concedida a Carmen Barroso²⁷ e Wanda Nestiehner²⁸. *Mulherio* apresentou a entrevistada como uma demógrafa brasileira de renome internacional, que havia sido caçada em 1969, quando era catedrática da Universidade de São Paulo (USP) e, que na época era diretora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e estava a frente de diversas pesquisas, como a Pesquisa Nacional sobre Reprodução Humana. É notável o trabalho de trazer várias qualificações de Berquó para legitimar sua entrevista.

Berquó apontou que no Nordeste do Brasil a esterilização havia se tornado um meio anticoncepcional mais difundido que a pílula, um exemplo de que estava sendo desenvolvida de forma massificada. Para ela “representa a forma mais autoritária que nós já presenciamos de controle da natalidade” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 15). Defendeu que não estava contra o planejamento familiar, “mais do que nunca nós devemos assumir que ele é necessário. Só que deve ser propriamente desenvolvido” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 15). Discutiu que a liberação feminina com o sexo a partir da utilização de anticoncepcionais nunca deixou o homem tão “liberado”. “Foram tiradas das suas costas todas as responsabilidades. A mulher faz aborto, a mulher toma a pílula, a mulher põe o DIU, se esteriliza, a mulher amamenta, a mulher tudo.” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 15). Berquó avaliou o confronto entre natalistas e antinatalistas, afirmando que o movimento feminista precisava se posicionar quanto à natalidade, diante das reivindicações da sociedade e das ações do Estado.

No artigo “Esquerda repete velhos chavões” as antropólogas Ruth Cardoso²⁹ e Teresa Caldeira³⁰ criticaram a esquerda por persistir no duelo natalistas X antinatalistas. Segundo as autoras: “As oposições falam da demografia em vez de criticar a economia, discutem a miséria e defendem o liberalismo, tudo para justificar

²⁷ Já foi apresentada nesta tese.

²⁸ Trabalhou na editoria de diversos jornais e revistas como *Jornal do Brasil*, *ISTOÉ*, *Estadão*, *Caras*, *Claudia Cozinha*, *Observatório da Imprensa*, entre outros e no programa de TV *Roda Viva*.

²⁹ Ruth Cardoso foi antropóloga, professora universitária, integrou a Frente de Mulheres Feministas em 1979, foi membro do Conselho Editorial de *Mulherio* entre 1981 e 1985 e foi primeira-dama do Brasil entre 1995 e 2003.

³⁰ Teresa Caldeira é uma antropóloga brasileira, atualmente professora universitária nos EUA.

um discurso conservador sobre a família e a sexualidade feminina” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 18).

Cardoso e Caldeira contextualizaram o período, o começo da década de 1980, como um momento de industrialização, urbanização e de ampliação da rede de comunicação no país, no qual “as mulheres se modernizaram”. De acordo com elas, todas as classes sociais tinham notícias dos métodos anticoncepcionais, mesmo que mal informadas, e que “O desejo ao prazer e a controlar o próprio corpo é hoje reconhecido, e quase todos - homens e mulheres - aceitam que a reprodução deve ser um ato responsável” (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 18).

A esquerda brada que o Estado e as instituições americanas querem resolver a pobreza diminuindo a fecundidade [...] Poder-se-ia descobrir que elas [as mulheres] não concordam que o “melhor anticoncepcional é o desenvolvimento” e acham extremamente importante para a vida de cada uma controlar a sua fecundidade. Mas as oposições não se contentam em denunciar a intenção “perversa” do Estado. Elas atacam os programas de controle de natalidade com base no argumento de que o Estado exorbita de suas funções ao interferir na esfera privada [...]. Eis aí a velha tradição do liberalismo procurando limitar a ação do Estado e reforçando a separação entre público e privado (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 18).

Nessa crítica à esquerda, as autoras chamaram atenção para que o direito de escolha fosse defendido, mas sem cair no liberalismo, que reforçaria, em suas visões, a separação dos espaços público e privado para responsabilizar os indivíduos pela sua condição e, nesse caso, pela própria pobreza e fecundidade, isentando o poder estatal. Defenderam que o Estado deveria interferir na vida privada, para dar suporte às escolhas individuais, principalmente, às mulheres mais vulneráveis.

[...] quando se trata da reprodução estamos em um campo sensível e que o verdadeiro problema não é o Estado, mas a preservação de um velho padrão de família. [...] Eis o cerne da questão, a reprodução só é pensada como uma decisão dos casais. As inúmeras mães solteiras, as relações conjugais fora do casamento não são consideradas para se pensar a fecundidade feminina. A defesa da autonomia da família nessa matéria significa que só no quarto do casal são autorizadas as relações sexuais. [...] As correntes de esquerda proclamam que o Estado nacional seja reforçado e detenha os meios de produção para garantir maior igualdade. Entretanto, em matéria de natalidade, deve ficar ausente, [...] mas, enquanto ele não interfere, a verdade é que as mulheres pobres é que são prejudicadas. São elas que não têm acesso à informação sobre anticoncepcionais e aos serviços de saúde que, portanto, não têm condições de controlar sua fecundidade (MULHERIO, 1982, nº 7, p. 18).

Outro problema, citado pelas autoras, é o termo “planejamento familiar”, que se remete ao “velho padrão de família” ignorando a realidade das mulheres. Defender a autonomia da família no debate da reprodução é deslocar e de certa forma, negar a possibilidade de debater a autonomia da mulher, pois a discussão se desarticula do corpo da mulher e da instância de agir sobre/com ele para o âmbito dos valores morais da família, de um modelo tradicional de família, formado por um casal heterossexual que partilha a mesma casa com seus filhos/as, que não representa o caso brasileiro e, ainda, exclui as outras possibilidades de conjunções familiares desse *status*, como as homoafetivas, as mães solo, os casais adotantes e os parentes responsáveis. Por fim, Cardoso e Caldeira novamente reiteram o papel do Estado em prover acesso à informação e aos serviços de saúde.

Já em julho/agosto do ano seguinte (1983), *Mulherio* dedicou duas páginas ao tema do “Planejamento familiar” dizendo que ele estava na ordem do dia. Anunciou que havia uma disputa entre o Ministério da Saúde e a BEMFAM. Nesse momento, o *Mulherio* não estava mais “repensando” como na edição do ano anterior. Ele se posicionou de modo favorável à proposta do Ministério da Saúde: “O projeto do Ministério é até bem razoável, pois propõe o atendimento integral a saúde da mulher e o desliga das pregações controlistas que pretendem reduzir a natalidade para resolver os problemas sociais do País” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 3). Contudo, alertou que existiam dúvidas quanto à implementação do PAISM e a suspeita de que seria “resposta a uma imposição secreta do FMI” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 3).

Apontou o dilema de atender as necessidades das mulheres de controlar sua fecundidade sem desenvolver programas autoritários. Enquanto isso, de acordo com o jornal, a Igreja posicionava-se contra qualquer método de controle não natural e a televisão apontando como solução aos mais diversos problemas sociais, ter “menos bebês”. Nessa conjuntura questionou: “E nisto tudo onde ficam as feministas?” *Mulherio* entendeu esse cenário, como uma situação nova que precisava de novas respostas (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 3).

Na sequência foi apresentado um resumo da fala da cientista social Carmen Barroso a deputados e senadores na CPI do Aumento Populacional Brasileiro, no Senado Federal. Ela falou sobre uma notícia no *New York Times* de 05 de janeiro de 1979 em que quatro trabalhadoras de uma indústria química nos EUA foram expostas a substâncias e optaram pela esterilização do que desistir do emprego.

Citou que apesar de não ser um exemplo típico refletia os motivos pelos quais muitas mulheres faziam essa escolha. “[...] mulheres em diferentes países, ocupações, classes, raças, idades e situações conjugais encontram suas decisões reprodutivas estruturadas por um conjunto de condições sobre as quais têm muito pouco controle” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 3).

Barroso mencionou que a esterilização feminina havia se tornado o método mais comum de contracepção e que existiam diferenças regionais no mapa da esterilização, sendo no Nordeste um método mais procurado que em São Paulo, por exemplo, e mais buscado entre as mulheres com menos instrução. No Nordeste o Estado foi o principal fornecedor das esterilizações. Para a cientista social as esterilizações podem ter sido solicitadas pelas clientes sem o caráter de “coerção ou manipulação diretas, mas é também provável que a grande maioria dessas solicitações seja determinada por fatores da estrutura da própria sociedade capitalista”. Elencou quatro determinantes sociais: “a posição da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal, a política de saúde e a política demográfica” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 3).

Refletiu que a condição das trabalhadoras brasileiras era ainda pior que as da indústria química americana. Citou mulheres boias-frias, quebradeiras de castanhas, empregadas domésticas, operárias, entre outros tipos de trabalhadoras que “não contam com nenhum apoio da sociedade para a reprodução das novas gerações. [...] [e] experimentam diferentes formas de opressão reprodutiva” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 3).

Ao longo do artigo a autora seguiu tratando das dificuldades da maternidade sem apoio social para justificar porque “muitas mulheres sem dúvida escolhem - racionalmente, sem coerção - a solução que oferece mais garantias contra a concepção” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 4). Barroso salientou que o debate não poderia se reduzir aos aspectos econômicos, já que “o controle da fecundidade também envolve as questões relacionadas à autonomia e a autodeterminação da mulher” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 4). Esse texto será retomado no capítulo três para tratar da esterilização, do mesmo modo que a discussão sobre coerção e escolha.

Na página 5 do *Mulherio* consta a seção “Propostas feministas”, com duas proposições sobre planejamento familiar: uma de feministas de São Paulo e outra do Rio de Janeiro. O texto de São Paulo anunciou que no dia 22 de junho de 1983 na

Casa da Mulher da referida cidade, feministas de diversos grupos -- “CIM, SOS, Sexualidade e Política, Pró-Mulher, União de Mulheres, Frente de Mulheres Feministas, Grupo Ação Lésbico Feminista, e do Grupo de Estudos do Conselho da Condição Feminina” – se reuniram para aprofundar as “questões relativas à autonomia da mulher no controle do próprio corpo” e avançar com reivindicações, como garantir atendimento integral à saúde da mulher, formar grupos de discussão de mulheres e homens sobre sexualidade e reprodução, garantir o conhecimento e o acesso a todos os métodos anticoncepcionais para que tenham “o direito, livre e consciente, de controlar sua função reprodutora”, constando a “assistência adequada ao pré-natal, parto e pós-parto e combate as cirurgias desnecessárias” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 5).

A proposta do Rio de Janeiro foi assinada por grupos de mulheres, sindicatos e partidos (PDT, PMDB e PT) sugerindo práticas para diversas áreas, inclusive, na saúde. Demonstraram preocupação em garantir “pré-natal gratuito, acompanhado de curso pré-parto. Visando à preparação psicológica dos pais, ao conhecimento dos cuidados com o recém-nascido, da dinâmica do parto e das opções possíveis, do pós-parto e do aleitamento” (MULHERIO, 1983, nº 14, p. 5).

2.4 “A vida pode trazer morte”: mortalidade materna no parto

“Todos os dias acontecem seis catástrofes aéreas que não deixam nenhum sobrevivente. Em cada uma, há 250 vítimas, que são mulheres em plena juventude que estão grávidas ou acabam de dar à luz. A maioria tem filhos para criar”. Carmen Barroso, assim, iniciou seu texto publicado em 03 de julho de 1988 para a *Folha de S. Paulo*³¹ explicando que foi utilizada “essa imagem” na reunião da Organização Mundial da Saúde sobre prevenção da morte materna para dar a dimensão desse “fenômeno que não tem recebido a atenção que merece” (FOLHA DE S. PAULO, 03/06/88, p. 20). Barroso se tornou uma das debatedoras mais influentes sobre

³¹ A *Folha de S. Paulo* é o jornal diário de maior tiragem e circulação no país desde a década de 1980, tendo sido fundado em 1921 com o nome *Folha da Noite*. Na década de 1960, Octavio Frias de Oliveira e Carlos Caldeira Filho compraram a empresa e decidiram reorganizá-la como uma empresa capitalista. É um jornal que não teve uma trajetória linear, mas é possível afirmar que em alguns momentos assumiu posturas conservadoras e antidemocráticas. De um modo geral, a imprensa burguesa no país apoiou a ditadura civil-militar e com a *Folha de S. Paulo* não foi diferente: “o golpe foi bem recebido nas páginas da *Folha* visto que o jornal dependia ainda, e muito, de capital externo para se estabilizar. Ideologicamente, também não havia muita discordância entre o empresariado e o governo militar que tomou posse em 1964” (DIAS, 2011, p. 11).

saúde da mulher e maternidade e, a partir desse comparativo, tentou chamar a atenção sobre a tragédia que a morte dessas mulheres representava, aproveitando o espaço de visibilidade de um jornal com grande circulação.

Se as mortes maternas, estimadas em pelo menos 500 mil por ano, se produzissem de forma tão espetacular, a opinião pública internacional exigiria medidas drásticas que evitassem a carnificina. Mas elas ocorrem na surdina, entre as mulheres pobres do Terceiro Mundo. Elas não aparecem nas manchetes dos jornais [...] (FOLHA DE S. PAULO, 03/06/88, p. 20).

Seu texto teve o objetivo de denunciar o descaso com a morte materna, salientando que as vítimas fatais têm uma condição econômica e territorial bem definida. São predominantemente mulheres pobres dos países subdesenvolvidos. Segundo Barroso, são mortes que acontecem sem ganhar notoriedade nos jornais. Nesse momento, não só aproveitou o número de leitores da *Folha de S. Paulo* como utilizou o espaço para criticá-la por fazer parte desse silêncio, já que o seu texto não compunha manchete, nem uma página de destaque.

Mencionou que as feministas da Rede de Saúde Latino-Americana e da Rede Mundial para os Direitos Reprodutivos lançaram a campanha contra a mortalidade materna, coordenada no Brasil pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Trouxe vários dados afirmando que seriam mortes evitáveis, se recebessem a devida atenção. Defendeu a legalização do aborto, citou a criação dos Comitês de Morte Materna em São Paulo e a necessidade da sua extensão pelo país para investigar os casos ocorridos e como poderiam ser evitados.

Exemplificou a necessidade da participação popular nesses Comitês para que todas as causas pudessem ser analisadas, citando que em Ribeirão Preto (SP) os moradores concluíram que a morte de uma gestante foi causada pela ausência de telefone próximo a sua casa, que a impossibilitou de chamar socorro. Barroso finalizou defendendo que esse problema só será solucionado com “transformações sociais mais amplas que acabem com a miséria, a desnutrição e a subordinação da mulher, dando-lhe condições concretas de decidir se quer ter filhos [...]” (FOLHA DE SÃO PAULO, 03/06/88, p. 20).

Na imprensa feminista o primeiro jornal a tratar do parto em alguma reportagem como tema principal, a partir do recorte documental proposto nessa

tese, foi o *Mulherio* em 1981 com o artigo “Entre a solidão e a plenitude” de Inês Castilho, abordado anteriormente no debate sobre instinto materno³².

Dentre a seleção feita dos jornais que tratam a maternidade e o parto, foi possível observar que o tópico mais recorrente é a mortalidade em função da gravidez, parto e puerpério. O jornal *Fêmea*, inclusive, acompanhou toda a tramitação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Mortalidade Materna. Constatou-se que o parto era, muitas vezes, associado à morte materna como uma questão coadjuvante. Por esse motivo, se considerou importante dedicar um espaço para debatê-la.

A matéria mais antiga a tratar da morte em decorrência da gestação e parto nos periódicos feministas, nesta triagem, foi “A vida pode trazer morte” do *Cunhary Informa - Rio das mulheres* assinado pela Rede Mulher em 1992. Já nos veículos tradicionais foi o texto “Mortes maternas” de Carmen Barroso, já referido.

O *Cunhary Informa - Rio das mulheres* foi um Boletim da Rede Mulher, sediado em São Paulo e com apoio da Novib³³. A editora responsável era Beatriz Cannabrava³⁴. A Rede Mulher surgiu para divulgar o trabalho de educação popular feminista desenvolvido com mulheres de baixa renda. O resultado das oficinas e pesquisas da Rede se transformaram em dois periódicos – o *Cunhary* e o boletim bimestral *Cunhary Informa*, sendo este último para veicular informações com maior agilidade e de modo sintético, criado em 1992. Já a edição maior foi lançada pela primeira vez em 1983.

Com apenas quatro páginas, o *Cunhary Informa* dedicou em maio de 1992 metade de sua edição para tratar da mortalidade materna, inclusive a capa, indicando a notoriedade que deu ao tema. A editoria introduziu lembrando que – maio é considerado o “Mês das noivas”, no segundo domingo de maio se comemora o “Dia das mães” e a escolha do dia 28 de maio pelo movimento mundial de

³² Já na imprensa tradicional foi localizado o jornal *Zero Hora* com o texto “Parto sem violência” de 1979, que será analisado no capítulo três sobre biopoder.

³³ Novib é uma organização holandesa para cooperação internacional. Disponível em: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Agentes&id=8480&opcion=descripcion>. Acesso em: 30 out. 2019.

³⁴ Beatriz Cannabrava é formada em Odontologia na USP. Em 1968-1969 lecionou em Cuba, na Universidade de Havana. Depois, esteve exilada doze anos durante a ditadura militar brasileira, sem conseguir revalidar seu diploma. Nesse tempo, se dedicou a música, como cantora e professora. Quando retornou ao Brasil, com a lei da Anistia em 1979, passou a trabalhar com educação popular feminista, amparada nos estudos de Paulo Freire. “É do Conselho Gestor da ONG Rede Mulher de Educação, sócia-fundadora do Conselho Consultivo Permanente da Rede de Educação Popular entre Mulheres da América Latina e do Caribe (Repem) e da Associação Mulheres pela Paz”. Disponível em: <https://resistirepreciso.org.br/protagonistas/beatriz-cannabrava-bia/>. Acesso em: 21 set. 2019.

mulheres como a data da luta contra a mortalidade materna, o “Dia Internacional de Ação pela Saúde das Mulheres” (CUNHARY INFORMA, 1992, s/p). A Rede Mulher justificou a atenção dada ao assunto neste número da seguinte forma:

É impossível deixar de relacionar essas datas, pois enquanto são festejadas noivas e mães, ficamos sabendo que a maioria das mortes maternas no Brasil poderiam ser evitadas se houvesse uma maior e melhor atenção à gravidez, parto e puerpério (CUNHARY INFORMA, 1992, s/p).

A matéria pautou estimativas do óbito materno, inclusive estabelecendo diferenças regionais, constatando o “[...] número consideravelmente menor nos estados do sul e sudeste e entre as mulheres de maior poder aquisitivo” (CUNHARY INFORMA, 1992, s/p). Conforme já mencionado, o título principal na capa é impactante: “A vida pode trazer morte”. Foi justificado que “o ato de gerar uma vida pode trazer morte” (CUNHARY INFORMA, 1992, s/p) com os dados de que em São Paulo 2,5% das mortes de mulheres em idade reprodutiva se devia as complicações durante gestação, parto e pós-parto e que a Organização Mundial da Saúde considerava que cerca de 80 a 92% das mortes de mulheres nessas condições acontecem nos países subdesenvolvidos e seriam evitáveis. Além do recorrente discurso do descaso com a morte materna, outro que é enfatizado nos documentos pesquisados, sobretudo através da repetição, é a condição de evitabilidade da maioria dos óbitos maternos.

Outro discurso que se repete é a necessidade de diminuir o número de partos cesáreos, relacionando-os com o aumento dos óbitos, com os gastos públicos e com a pecha do país como “campeão de cesarianas”. Ainda na capa, dedicaram dois parágrafos para abordar a cesariana apontando-a como uma das causas de falecimento materno. Afirmando, sem citar fontes, que “se comprovou que esse tipo de intervenção aumenta o risco de infecções e complicações pós-parto, além de aumentar de 10 a 20 vezes a probabilidade da mulher morrer no parto” (CUNHARY INFORMA, 1992, s/p). E, que a cesárea representava 45% do montante de partos, “transformando nosso país num dos campeões mundiais da cesariana” (CUNHARY INFORMA, 1992, s/p).

A página seguinte foi dedicada aos Comitês de morte materna, explicando que a sua finalidade era reduzir os óbitos maternos e melhorar a qualidade de assistência à mulher em seu momento reprodutivo. Eles seriam formados por

membros efetivos e suplentes eleitos em cada região, integrantes da área jurídica, da saúde e do movimento de mulheres. A metodologia de trabalho dos Comitês foi rastrear todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva buscando possíveis complicações com gravidez e parto, não notificadas. De acordo com a reportagem, os Comitês de São Paulo já estavam funcionando em maio de 1992 e o projeto de lei que os tornaria oficiais seria entregue pela, então, prefeita Luiza Erundina³⁵ em 28 de maio, em alusão a data que marca a luta dessa causa. Cabe delimitar que os Comitês de Mortalidade Materna atuavam na investigação dos óbitos e tinham funções educativas/informativas, de divulgação, normatização e assessoria no assunto (SOARES; MARTINS, 2006).

Foi localizado no Acervo Carmen da Silva a matéria da *Folha de S. Paulo* de 21 de julho de 1996 com a manchete em letras garrafais “Mortalidade materna cresce em S. Paulo”. Essa reportagem debateu o motivo desse crescimento. O óbito materno ascendia porque o atendimento estava piorando, defendeu Ana Cristina Tanaka (enfermeira e chefe do Departamento de Saúde Materno-Infantil da USP). Outra explicação da subida dos índices de mortalidade materna em São Paulo foi sustentada pelo médico Paulo Afonso Marcus (diretor do Comitê da prefeitura desta cidade) para quem, os dados estavam sendo registrados/coletados de modo mais eficiente, a partir da criação dos Comitês de Morte Materna. Além de Tanaka, outros especialistas no assunto que concederam entrevistas ou escreveram na imprensa feminista foram mencionados nessa matéria, como Ruy Laurenti, Elza Berquó e Tânia Lago.

Os exemplos citados mais pontuaram o mau atendimento como causa da elevação dos óbitos do que prestaram reconhecimento ao trabalho dos Comitês em vencer a subnotificação. Nessa conjuntura, coube a história de Benedita Pereira, que sustentou a argumentação do subtítulo da matéria “Fácil de evitar”, no qual foi defendido que com medidas simples a morte materno-infantil seria evitada:

Benedita Pereira, 25 [anos], está no 8º mês de uma gravidez de alto risco e sentiu na pele a equação de que pré-natal é igual a nada. ‘Tive três sangramentos e no posto de saúde de Barueri me disseram que era mudança de lua’, diz. Não era. Pereira tem o que os obstetras chamam de placenta prévia, implantada perto do orifício de saída do bebê. Com sangramentos, tanto ela quanto o bebê podem morrer. Diagnóstico correto e

³⁵ Para saber mais sobre Luiza Erundina de Souza: FGV CPDOC. **Verbetes ERUNDINA, Luiza**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/luisa-erundina-de-souza> Acesso em: 21 out. 2019.

soro na veia salvaram as duas vidas. (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12).

Outra matéria com o título “Estado divulga dado errado”, abordou o caso do Hospital Carlos Chagas em Candeias, Minas Gerais, que foi considerado o pior hospital em mortalidade materna do país no relatório do DATASUS³⁶. Entretanto, de acordo com o diário, isso se deveu a erros no preenchimento do documento para cobrança dos serviços prestados ao SUS. A partir do trabalho do Comitê de Mortalidade Materna as declarações de óbito foram checadas e se constatou que “os mortos eram fetos. A *Agência Folha* localizou anteontem na área urbana de Candeias 4 das 7 mulheres tidas como mortas” (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12), já que as demais tinham endereço na zona rural. Mencionou que “confusão idêntica ocorreu no Hospital das Damas, em Osasco que aparece como a segunda maior taxa de mortalidade. As três mães tidas como mortas estão vivas” (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12). Ao lado deste texto consta um gráfico indicando que as mortes maternas crescem em São Paulo enquanto diminuem no Brasil.

Evidentemente, os erros de preenchimento de dados não são insignificantes, até porque estes têm relação direta com a remuneração dos partos e indicaram a possibilidade de morbidade³⁷ materna e/ou infantil. Todavia, ao mesmo tempo em que o jornal reconheceu a importância dos Comitês na notificação e averiguação dos óbitos, relativizou a condição da morte materna, ao dar ênfase aos episódios das “mães tidas como mortas”. Apresentou estes casos como se eles fossem tão representativos a ponto de alterar o número significativamente maior de mulheres que morrem em decorrência do mau (ou da falta de) atendimento ao parto.

No canto inferior direito com letras em destaque foi editado “Maternidade reduz morte sem gastos”. O jornal deu enfoque à atuação do Diretor da maternidade³⁸, João Carlos Caruso Silveira. Para Silveira: “É muito fácil reduzir a mortalidade materna. Aqui, nós colocamos os médicos para trabalhar e passamos a cobrar o respeito à vida” (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12).

³⁶ DATASUS é a base de dados da Secretária de Gestão do Ministério da Saúde, que coleta e divulga informações sobre a saúde no país.

³⁷ De acordo com a CPI da Mortalidade Materna, especula-se que para cada caso de morte materna “[...] existam outros 16 que acarretam complicações não fatais, debilitadoras e frequentemente, crônicas de uma mulher” (CPI DA MORTALIDADE MATERNA, 2001, p. 22).

³⁸ O diário não identificou a dita maternidade. Mencionou apenas que era uma maternidade da cidade de Osasco, citando somente ao final da matéria “o hospital regional” (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12). Desse modo, se deduziu que seria a maternidade do Hospital Regional de Osasco.

Foi apresentado um antes e depois da administração da maternidade ser assumida por Silveira:

O descaso à vida segundo ele tinha vários símbolos: 'Quando cheguei lá havia fezes numa sala fechada que ficava no mesmo andar da maternidade' [...]. Outro símbolo: as mulheres que chegavam para dar a luz ficavam junto com tuberculosos, alcoólatras e acidentados. Silveira abriu uma porta só para as grávidas. Havia várias salas fechadas, mas as pacientes ficavam em macas no corredor e até no chão. [...] Passou também a cobrar qualidade dos médicos. Prega num painel a estatística de cada equipe. 'Mexi com o brio dos médicos e deu certo. Antes, ninguém cobrava nada', relata. (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12).

A abordagem do jornal sobre a gestão de Silveira passou a ideia de que com ações simples e estruturais se resolveria o problema da mortalidade materna. Contudo, o descaso com a vida das mulheres perpassa a materialidade, está no nível cultural, nas mentalidades.

Já na metade direita do jornal, um campo de maior visibilidade, em um box consta a foto mencionada na introdução desta tese sobre a “escadinha” composta pelos quatro filhos órfãos de Maria do Carmo Cupertino. Esta matéria foi intitulada “Não tinha mais força e arrebentou por dentro”.

[...] Em 5 de dezembro do ano passado, morreu de rotura uterina, insuficiência de múltiplos órgãos e broncopneumonia. Tinha 30 anos. Ninguém sabia dos males de Do Carmo, como era chamada, porque ela não fez pré-natal. "Não dava tempo. Ela tinha de trabalhar na faxina de dia para as crianças terem o que comer de noite", conta Teresa Batista, 60, a mãe de criação da vítima. Some-se à pobreza uma boa dose de machismo. Segundo vizinhos, Do Carmo começou a reclamar de dores por volta das 11h. Seu marido, só foi levá-la ao pronto-socorro às 19h. "Ela gritava, coitada, e ele ficava deitado na cama. Uma hora ela desmaiou, ele jogou um balde de água nela e aí foram para o pronto-socorro. Não sei por que não foram me chamar", diz Teresa. Perceberam que o caso era de alto risco e levaram-na ao hospital regional. "Ela não tinha mais força, mas não fizeram cesariana. O bebê nasceu de parto normal e estourou tudo por dentro. Tomou sangue, mas não adiantou", relata a irmã Ângela Maria Cupertino. Rodrigo, 7 meses, forma o degrau de baixo de uma escadinha de quatro órfãos, criados por Ângela: Sami Devit, 5, Áurea Catarina, 4, e Bruno, 2. O marido de Ângela, Marcos de Arruda, 40, acha que houve "negligência médica": "Não sabiam que ela fez três cesáreas, forçaram o parto normal e arrebentaram ela". A direção do hospital diz que ela chegou com a cicatriz da cesárea já aberta. (FOLHA DE S. PAULO, 21/07/96, p. 12).

Através deste trecho se evidencia que “Do Carmo” sofreu uma série de violências: a falta de assistência, de pré-natal e de escuta por parte da equipe

médica, bem como, a impossibilidade de acessar a licença maternidade devido à informalidade do seu trabalho de faxineira e a postura de seu companheiro.

Levando em conta a cor dos seus filhos pela fotografia exposta no jornal, se pressupõe que “Do Carmo” era negra. Contudo, o diário não mencionou sua cor e a possibilidade de racismo no seu atendimento, apenas citou que estava somado “à pobreza uma boa dose de machismo”, referindo-se ao marido da gestante. Não obstante, as violências físicas e psicológicas pelas quais essa parturiente faleceu, o periódico expôs a história e a condição de seus familiares. Dizer que “Do Carmo” estava arreventada por dentro e mostrar sua situação de vulnerabilidade, a partir da edição dos relatos de sua família, foi apenas a parte explícita da violência que a *Folha de S. Paulo* cometeu. O diurno, ao colocar a foto dos filhos e denominá-los de “escadinha”, estava nas entrelinhas culpando “Do Carmo” por suas sucessivas gestações e conseqüentemente, por sua própria morte.

Apesar da atenção dada à mortalidade materna pelo *Cunhary Informa* e de veículos maiores como a *Folha de S. Paulo* terem a abordado, o próximo periódico feminista localizado a tratá-la, no fundo documental pesquisado, o fez apenas em 1998. Mas, a partir do referido ano a Rede Feminista de Saúde se dedicou a discutir a mortalidade materna³⁹. Essa Rede foi criada em 1991 em Porto Alegre, inicialmente com 40 entidades feministas que atuavam no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. De acordo com Woitowicz (2011) a Rede congregava 266 entidades feministas, como ONGs, núcleos de pesquisa e organizações profissionais, além de suas ativistas. O *Jornal da Rede*, apesar do nome é uma revista, com 36 páginas em boa qualidade material (cores e imagens) e que produziu reportagens mais completas e detalhadas sobre o tema da mortalidade materna em relação aos jornais analisados, incluindo dossiês sobre o assunto.

Nas edições do *Jornal da Rede*, o tema da mortalidade materna é predominante, mas também se observa a presença de temas como políticas de saúde, racismo, violência, trabalho e direitos sexuais nas páginas da revista. O público da revista é formado por grupos feministas de todo país e a estrutura discursiva predominante é a opinativa (com explicitação de um discurso político), conjugada com a informativa (com informações e análises). Os textos apresentam dados, análises e argumentos sobre os temas da revista, destacando as lutas das mulheres no campo da saúde pública. O *Jornal da Rede* conta com os seguintes espaços: Seções, com artigos sobre a temática da publicação, em uma média de cinco textos; e

³⁹ O *Jornal da Rede* não tem a coleção completa disponível *online* e fazendo o cruzamento entre os exemplares disponíveis e os físicos no Acervo Carmen da Silva há mais matérias neste Acervo, por isso não é analisado em série.

Editorias, que se divide em Direito, Saúde Pública, Perfil (entrevistas com pessoas ligadas à luta das mulheres pelos direitos sexuais e reprodutivos) e Em pauta (com publicações e lançamentos). (WOITOWICZ, 2011, p. 9).

Em 15 de maio de 1998 o *Jornal da Rede* lançou uma edição indicando que o Brasil apresentava, na época, um dos maiores índices de morte materna na América Latina e que os movimentos de mulheres estavam denunciando a “tragédia da mortalidade materna no Brasil” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 2). Com esse caráter de denúncia o *Jornal da Rede* fez sua abordagem da situação.

Ruy Laurenti na época que escreveu a matéria era professor do departamento de Epidemiologia da Universidade de São Paulo (USP) e se dedicou dentre outros temas à mortalidade e saúde materna. Escreveu o texto intitulado “Mortalidade materna no Brasil: Faltam dados e uma assistência digna”. O título delimitou a sua ênfase no texto. Ele começou com a definição de mortes maternas: “são aquelas ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal em decorrência de complicações específicas desse período ou de doenças, pré-existentes ou adquiridas durante o mesmo, que complicam a gravidez, o parto e o puerpério” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 3).

O autor enfatizou que a mortalidade materna é um problema médico, de saúde pública e social, mas que “é recente o despertar da opinião pública, mesmo das organizações de mulheres, para o fato de que no mundo, atualmente, cerca de 600 mil mulheres morrem por complicações da gravidez, parto e puerpério.” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 3). Evidenciou que a maioria das causas poderiam ser evitadas “desde que houvesse um pré-natal adequado [...] bem como, [...] uma assistência ao parto digna deste nome. O fato de mais de 80% dos partos no Brasil ocorrerem em hospital não significa que eles sejam seguros” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 4).

Afirmou que não sabia a magnitude da morte materna porque os médicos “não informam corretamente ou porque querem esconder o fato” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 4). E, novamente, cobrou ação do movimento de mulheres: “As organizações das mulheres entre tantas ações que vêm realizando em favor da cidadania da mulher em nosso país, devem estar alertas para o grave problema das mortes maternas” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 4).

Segundo Laurenti, sem a precisão dos dados eles “podem ser utilizados politicamente da maneira que melhor satisfaça ao interessado: está diminuindo, está aumentando ou permanece estável! Quanto vale a mortalidade materna no Brasil?” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 4). Seu questionamento direciona a duas possíveis interpretações: uma seria que a vida das mulheres possui um valor diferente das demais, distinta da dos homens e das crianças e, a outra, que alguém ganha com a mortalidade materna.

Na próxima página da revista foi publicado o texto de Sara Romera Sorrentino, médica sanitária, presidente do Comitê de Vigilância do Óbito Materno da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e diretora da União Brasileira de Mulheres. A médica intitulou-o “Comitês de morte materna: a importância de estar presente”. Começou seu artigo defendendo os Comitês de óbitos maternos e a mobilização das mulheres. Com postura divergente de Laurenti indicou que “na última década, vem ganhando força no Brasil, principalmente no movimento de mulheres, a proposta dos comitês de investigação de óbitos maternos” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 5). E, enfatizou a importância dessa ativa participação das feministas e do movimento de mulheres possibilitando que esses comitês sejam “espaços de investigação e avaliação, dentro de uma concepção de saúde coletiva, com caráter social e, portanto, dentro de uma perspectiva de gênero” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 5). Para Sorrentino, as mulheres e as feministas em específico estavam em ação: “A grave situação da assistência à saúde reprodutiva das mulheres no Brasil vem sendo denunciada há muito, particularmente pelas feministas” (JORNAL DA REDE, 1998, p. 5).

Sorrentino fez jus ao título do seu artigo “a importância de estar presente” falando a partir de três instâncias de poder que ocupava nesse debate: a Medicina, a presidência do Comitê de Óbito, que apesar de estar vinculada à Secretária de Saúde do Estado de São Paulo não correspondiam ao mesmo espaço político-institucional e a diretoria da União Brasileira de Mulheres. Esta constatação explica o teor otimista do seu discurso em crer que essas instâncias convergiam forças para um único propósito, o fim da morte materna.

Outra edição do *Jornal da Rede Saúde*, nº 20 de maio de 2000, teve como destaque a mortalidade materna. O primeiro artigo do impresso foi “Campanha internacional sobre a morte materna completa 13 anos”, escrito pela médica e então coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde Maria José de Oliveira Araújo.

Nele lembrou o V Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado na Costa Rica em 1987, quando foram propostas ações de visibilidade para o assunto. Logo depois, instituíram 28 de Maio como Dia de Ação pela Saúde da Mulher, estabelecendo como subtema a morte materna. Araújo argumentou que a mortalidade materna é uma questão social que está ligada à pobreza econômica das mulheres, a falta de acesso à informação e a serviços de saúde de qualidade, bem como, a subordinação destas em relação aos companheiros e ao Estado. Desse modo, “o coeficiente de morte materna é um indicador extremamente fiel para aferirmos a situação das mulheres, em um dado momento, em um determinado país” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 3).

No relatório da CPI sob o título “Mulher nas ondas do rádio” foram anunciados “um dos documentos mais impressionantes” recebidos por esta CPI, as “Cartas da Amazônia para a CPI da Mortalidade Materna” (CPI, 2001, p. 97-98). Documento estimulado pelo programa de rádio “Natureza Viva/Natureza Mulher”, da Rádio Nacional da Amazônia, para que as ouvintes compartilhassem suas experiências de parto. Estas cartas eram denúncias da condição de risco em que os partos eram realizados e os maus-tratos quando submetidas a buscar socorro nas maternidades das cidades. No relatório constou que “das 150 cartas recebidas, quase metade se constitui de denúncias de negligência e imperícia médicas, além das precárias condições de assistência na rede pública” (CPI, 2001, p. 98). Alto-falantes foram instalados em praças públicas e beiras de rio das regiões Norte e Nordeste do país e rádios comunitárias mobilizaram o assunto, já que para muitas mulheres o rádio era a única fonte de informação que dispunham. Mais de 400 mulheres formaram a chamada Rede Mulheres do Rádio para encampar a campanha contra a mortalidade materna, que havia sido lançada no dia 28 de maio de 2000, pela Rede Feminista de Saúde⁴⁰.

No documento final da CPI da Mortalidade Materna a fala proferida por Araújo enalteceu o trabalho da Comissão Parlamentar de Inquérito “em sensibilizar o país

⁴⁰ Com o financiamento da fundação MacArthur essas mulheres foram capacitadas e treinadas pela jornalista Mara Régia Di Perna para exercer a função de “radialistas” divulgando a mortalidade materna. A jornalista observou que para a maioria destas mulheres o rádio era “o único contato com o mundo”. Além do trabalho com as radialistas, Mara contou que recebia cerca de 400 cartas por mês de suas ouvintes e nos últimos anos havia observado pelo menos 300 relatos de violências e negligências no parto que em alguns casos levaram à morte. A jornalista encaminhou essas cartas à CPI da morte materna em forma de dossiê, segundo a FOLHA DE S. PAULO (17/06/2000, s/p.).

para um problema que tem sido historicamente desconhecido e abandonado pela sociedade. [...] com o desperdício de vidas de mulheres em plena idade reprodutiva” (CPI, 2001, p. 112). Nesse relatório, é notável também sua defesa de que o papel da CPI é responsabilizar o Estado em suas instâncias “Secretarias Municipais, Estaduais e o Governo Federal e dos profissionais de saúde, por estas mortes” (CPI, 2001, p. 113). Ainda, nesse seu pronunciamento sustentou a mesma tese que apresentou no *Jornal da Rede*, de que a mortalidade materna revelaria a posição social da mulher.

[...] condições de vida, de alfabetização, moradia, trabalho, acesso à saúde, poder de negociação sobre o uso de preservativos, da violência sexual e doméstica. Menciona a existência de estudos demonstrando que mulheres grávidas sofrem mais violência doméstica que as demais. 90% das mortes acontecem nas classes mais desfavorecidas, e as regiões Norte e Nordeste são as mais afetadas (CPI, 2001, p. 112).

O relatório da CPI não reproduziu os depoimentos na íntegra, nem utilizou a fala “tal qual” dos depoentes. Essa parte das declarações e testemunhos (capítulo IX) consiste em um resumo em terceira pessoa do que foi exposto nas reuniões da Comissão. Consta que Maria José Oliveira de Araújo “lamenta que a sociedade ainda considere a morte por causas relacionadas à gravidez como ato de heroísmo. [...] [e a] desestruturação que acomete famílias onde ocorreu o óbito materno, o que afeta profundamente o desenvolvimento das crianças” (CPI, 2001, p. 113). Depreende-se que lamentou a naturalização e aceitação dessas mortes diante da salvação do filho. Esse tal ato de heroísmo, reforça a ideia de que a vida da mulher vale menos, ou que a sua finalidade é dar à luz ou morrer pelos filhos. Nesse sentido, o enlutamento pela morte materna pode ser entendido não somente pela ausência da mulher, mas pelo que significa a ausência materna: é a desestruturação da rede de cuidado familiar, quando o seu pilar desaba. Quando aquela que cuida de todos falece.

Ainda, abordou a busca de leitos como indigna, diante da peregrinação que as mulheres precisam fazer até encontrar um lugar para parir e o dever público em cumprir com os acordos internacionais firmados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas em Cairo (1994) e IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher em Pequim (1995). Por último, Araújo, considerou que quando a sociedade civil pôde participar dos comitês a mortalidade

materna deixou de ser um tema só dos profissionais da saúde e tornou-se também uma questão de direitos das mulheres, de cidadania, ao final da década de 1980.

Exemplo significativo ocorreu na cidade de São Paulo, em 1989, durante a formação dos comitês municipais de morte materna. Até então, os médicos resistiam à presença de mulheres não médicas dentro dos comitês. E depois de muita luta das mulheres e da administração do Partido dos Trabalhadores foi elaborada e sancionada uma lei municipal garantindo a participação da sociedade civil nos comitês de morte materna (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 4).

Ana Cristina Tanaka, na época professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP e membro da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, foi entrevistada nessa edição de maio de 2000 por Maria José Araújo⁴¹ e Jacira Melo⁴². Tanaka denunciou que a morte materna não é encarada com gravidade, como um problema de saúde pública que deve ser evitada, é entendida culturalmente “como algo que pode acontecer e, se acontece, foi porque Deus quis” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 5).

Quando questionada sobre a iniciativa do Ministério da Saúde de classificar o parto como urgência, Tanaka defendeu a medida, mas que estava sendo mal interpretada. Que em lugares do interior estavam recebendo as gestantes para internação somente no período expulsivo, com “a cabeça do bebê aflorando, ou então com alguma patologia” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 7). Defendeu que o Ministério da Saúde ao definir como urgência estava pensando em todo o processo do parto, não apenas no momento expulsivo, mas que “o setor de saúde espertamente decidiu” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 7) internar apenas nessa última fase para ter mais vagas e menos gastos. Nesse contexto, chamou atenção sobre a desintegração dos serviços de saúde e à falta de assistência as mulheres que dependiam do sistema público. “A responsabilidade não é da mulher. Em nenhum momento a culpa é da mulher. O problema está no sistema de serviço que não é integrado” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 8).

⁴¹ Conforme mencionado, Maria José Araújo era coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde.

⁴² Jacira Melo foi uma das criadoras do SOS Mulher e posteriormente do Instituto Patrícia Galvão. Sobre Jacira Melo: GELEDÉS. **Uma vida inteira pelo fim da violência contra a mulher: A luta de Jacira Melo.** 10/01/2019. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/uma-vida-inteira-pelo-fim-da-violencia-contra-a-mulher-a-luta-de-jacira-melo/> Acesso em: 19 nov. 2019.

Para Tanaka o Ministério da Saúde estava fazendo esforços, mas não conseguiria atingir as metas dos acordos internacionais de redução da morte materna porque “não tem conseguido mudar o sistema de atenção. Não vamos porque o enfoque ainda está centrado na culpa da mulher, da sociedade, na pobreza.” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 8). Com sua entrevista é possível refletir sobre a aceitação da morte das mulheres em função da maternidade, em prol do filho, sobretudo se forem mulheres pobres. Afirmou que: “No caso da mortalidade materna, há uma cultura que aceita essa morte como se a mãe tivesse cumprido o seu papel, o de dar continuidade ao mundo. E, nessa perspectiva ela teve até uma morte nobre, ao dar à luz” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 6).

Outro artigo foi escrito por Livia Martins Carneiro (médica ginecologista-obstetra, GO) que abordou a transferência do parto para o hospital e a perda de poder das mulheres sobre seu próprio corpo: “retirado da mulher o seu papel de protagonista. Deita-se a mulher, facilitando intervenções como episiotomia e fórceps, deixando-a segmentada e alheia a sua esfera genital” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16). Sob o título “Humanizar é preciso” Carneiro teceu sua crítica afirmando haver uma valorização dos riscos e um trabalho de subestimação da capacidade da mulher em parir para justificar a intervenção tecnológica e o controle médico sobre o corpo feminino:

A postura do/a profissional médico/a, de hipervalorização dos riscos e perigos, aliada à subestimação da capacidade da mulher em dar conta da situação e ambas acrescidas muitas vezes de atitudes ultrajantes, que despersonalizam e depreciam a mulher, vão torná-la impotente e vulnerável para os desafios do parto. É a construção de mais uma dominação masculina, onde se estabelece a superioridade e o controle do masculino sobre o feminino (JORNAL DA REDE, 2000, p. 16).

Além de observar o controle masculino sobre o corpo feminino na parturição, definiu a tecnologia como “a capacidade de consumir e programar todas as coisas” e, que a concentração dos partos em hospitais resultou na sua patologização e no “título nada honroso de ‘Campeão de Cesáreas’” ao Brasil (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16).

Mencionou que o movimento de mulheres estava “abrindo um debate com a sociedade civil, a academia e as autoridades públicas” sobre esse tema há cerca de cinco anos. Mencionou a criação da Rede pela Humanização do Nascimento (1993) e a campanha “Natural é parto normal” do Conselho Federal de Medicina (1997)

“que deu grande visibilidade a esta questão” (JORNAL DA REDE, 2000, p. 16). E, que o Ministério da Saúde havia estipulado um percentual para a realização de cesáreas, legitimando a atuação das enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto normal e teria normatizado a criação de casas de parto.

Ao final do texto, Livia Carneiro apostou em uma repolitização do parto pautada inicialmente, na humanização com a finalidade de chegar ao que ela chamou de “feminização”:

Assim estaremos repolitizando o parto-nascimento, começando pela sua humanização e caminhando até a sua feminização, quando a mulher se apropriar novamente dessa sua antiga atribuição e tornar-se a protagonista na condução do seu parto. Transformando-se o parto em uma expressão viva de seus valores femininos e buscando-se compreender esse mundo de silêncio e mistério que o permeia. E que cada mulher, com sua particular história de vida, sua psicologia e todas as memórias nela inscritas, possa enxergar todo o caminho da maternidade como uma grande crise construtiva; e o parto como uma força que a sustenta, que a amplia e enriquece enormemente, além de dar começo a uma nova vida (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 17).

A forma que essa matéria foi disposta colocou a humanização do parto como solução para a morte materna. Carneiro incorreu no instinto materno ao considerar o parto como uma expressão dos valores femininos, como um momento de força e enriquecimento pessoal, uma crise construtiva, uma provação que todas as mulheres devem passar para se constituírem enquanto tal. O movimento de humanização será abordado no capítulo quatro, todavia, cabe elencar algumas questões que se pretende debater ao longo da tese: Seria possível humanizar reforçando a ideia de instinto materno? Além disso, a partir da leitura de Butler, seria possível humanizar quem não tem o *status* de humano? Como ter uma boa vida, um bom parto, se não se tem uma vida, digna de ser chamada de vida? Considerando que seja uma vida precária (não vivível, não digna desse *status* de humanidade) ela teria como gerar uma (outra) vida?

O jornal *Fêmea* acompanhou a CPI da Mortalidade materna. A primeira referência à CPI foi uma notícia sobre o requerimento e possibilidade de implementação desta em 1996: “Deputados apoiam CPI para investigar mortalidade materna”. Consta que o requerimento foi apresentado pela Deputada Fátima Pelaes (PSDB/AP) no final de maio de 1996, tendo recebido apoio de 229 parlamentares de vários partidos que o assinaram. Na mesma página, sob o título “Mulheres debatem o tema em Pernambuco e Pará”, foi divulgada a notícia de que o Fórum de Mulheres

de Pernambuco e o Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense promoveram o Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher (28 de maio) debatendo o óbito na gestação, gravidez e parto e, reivindicando a implantação do PAISM e dos Comitês de morte materna. As mulheres de Pernambuco com a Secretária Estadual de Saúde deste estado organizaram o II Seminário Estadual sobre Maternidade Segura abordando “temas como a humanização do parto como estratégia para controle da mortalidade materna, e a legalização do aborto” (FÊMEA, 1996, p. 5).

Somente em 14 de março de 2000 foi aprovada a referida CPI. Na edição deste mês o *Fêmea* noticiou: “foi apresentado em 1996, e até hoje aguardava a votação no plenário”.

Desde então, a situação não se alterou significativamente, e a CPI promete ser um importante instrumento para apurar responsabilidades e apontar caminhos no âmbito das políticas públicas de combate a esse problema. Essa iniciativa é ainda mais oportuna no ano em que se realiza a avaliação de 5 anos após a conferência da ONU, em Beijing, que apontou, em sua plataforma de ação, a meta para os países membros de reduzir, até este ano, pela metade os índices de morte materna existentes em 1995. Hoje a taxa de morte materna no Brasil é estimada em cerca de 150 mortes por cem mil nascidos vivos. A CPI deve estar sendo instalada até o começo de abril. Cabe agora ficar de olho para que ela possa colocar na agenda política nacional esse grande desafio (FÊMEA, 2000, nº 86, s/p⁴³).

A despeito do tom de cansaço pela espera da instalação da CPI a editoria se mostrou otimista com a possibilidade de solucionar esse problema, mas alertou “cabe agora ficar de olho”, lembrando o descaso com a saúde das mulheres no país, mesmo quando ela deveria estar assegurada através dos acordos internacionais firmados pelos governantes.

Em maio de 2000 a notícia tão aguardada foi divulgada, com o título “Finalmente instalada a CPI da Mortalidade Materna”. O texto foi apresentado em um misto de cansaço, decepção e esperança. “Depois de quatro anos de espera foi instalada, no último dia 27 de abril [...]. Infelizmente a participação dos integrantes na instalação e eleição da mesa da CPI não foi muito expressiva.” (FÊMEA, 2000, nº 88, s/p). Contudo, as redatoras de *Fêmea* salientaram que isso contrastou com a disposição dos que estavam presentes, que logo planejaram começar as ações: “ouvir os setores organizados da sociedade civil que lidam com o problema da saúde

⁴³ Dos números 86 a 97 não há paginação, pois os artigos disponíveis não estão diagramados no *site*, apesar de terem sido publicados em sua versão física.

da mulher e da morte materna. A comissão trabalhará ainda com a investigação dos estudos de caso dos Comitês de Morte Materna” (FÊMEA, 2000, nº 88, s/p). Ao fim da matéria, a Comissão marcou de se reunir todas as terças-feiras às 14h30min e pediu a participação civil com denúncias e informações deixando contatos telefônicos e virtuais.

A Deputada Fátima Pelaes⁴⁴, presidente da CPI da Mortalidade Materna, justificou o pedido de abertura desta defendendo que o óbito materno e o aborto inseguro precisam ser entendidos como violação aos direitos humanos das mulheres. Apontou que em regiões do Brasil profundo a mortalidade em decorrência do parto é entendida como parte inevitável do destino de algumas mulheres. E, somada a essa aceitação cultural da morte decorrente da parturição, estaria a falta de conhecimento e a subnotificação dos registros de óbito que levariam esse grave problema à invisibilidade social (CPI, 2001).

Nessa parte de justificativa da CPI são mencionados dois acordos internacionais ratificados pelo Brasil de proteção à maternidade: a Convenção nº 103 da Organização Internacional do Trabalho sobre Amparo à Maternidade, de 1952 e a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 1979. Contudo, o marco mundial de mobilização pela morte materna foi a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco (*Safe Motherhood Conference*) em 1987 – Nairobi. A partir desse encontro a referida questão se tornou uma pauta dos debates sobre saúde pública. Sendo, no contexto nacional, o Estado de São Paulo o pioneiro em buscar medidas efetivas para combater esses óbitos, criando os primeiros Comitês de Estudo da Morte Materna do Brasil, em 1988, com participação do movimento de mulheres.

Regina Goulart Nogueira, Coordenadora-Geral da Coordenadoria Estadual da Mulher (RS), salientou a importância da participação das mulheres nos Conselhos de Saúde e de Mortalidade Materna. Mencionou duas vítimas, estabelecendo diferenças de condição e atendimento entre elas: “Vânia Araújo Machado e Sandra Noronha. A primeira, atendida em hospital privado, e a segunda, portadora de anemia falciforme, vítima de negligência”. Nogueira ainda denunciou os profissionais

⁴⁴ Sobre Fátima Pelaes: FGV CPDOC. **Verbetes PELAES, Fátima**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/fatima-lucia-pelaes> Acesso em: 21 out. 2019.

por homicídio, irresponsabilidade e por considerarem “a palavra da mulher como de não valia” (CPI, 2001, p. 169-170).

Nogueira defendeu a existência dos Comitês de mortalidade materna como uma instância de referência para as mulheres, contando com a representação dos movimentos sociais para investigar, orientar e também julgar. E, ainda, que a morte materna não seria resolvida apenas com políticas públicas, mas também com “a conscientização da sociedade de que a mulher morrer de parto não é natural, banal, e que 90% destas mortes podem ser evitadas” (CPI, 2001, p. 170).

Foram ouvidos os companheiros das vítimas citadas e suas falas foram transcritas. Primeiro, o Sr. Marcelo D’ Elia Branco, esposo da professora e dançarina Vânia Araújo Machado:

Relata que a companheira teve uma gravidez normal. O parto foi prolongado, e houve demora na indicação da cesariana. Não havia anestesista no hospital. A criança nasceu em estado grave e morreu quarenta dias depois. A mãe desenvolveu hemorragias e sofreu oito cirurgias. Em seguida, desenvolveu dificuldades respiratórias, atribuídas a varicela. Ela veio a falecer por encefalite por varicela. Relatou a indignação da família e conhecidos. A sindicância concluiu pela evitabilidade da morte do bebê, mas não da mãe. Denuncia a tendência do hospital de responsabilizar exclusivamente o obstetra. A família foi impedida de acompanhar a sindicância, mas quer que a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Ministério Público tomem providências. Diz que o médico erra, sim. Acredita na importância das Comissões terem leigos, uma vez que quando só tem médicos, nunca se conclui nada. Eles são donos do saber. Referiu-se à luta de Vânia no movimento de mulheres. Esta é uma questão simbólica. Indaga da co-responsabilidade do hospital na morte. Indaga sobre a severidade da punição aplicada ao médico que faz abortos, em comparação a este que provoca a morte da mulher e de seu filho. (CPI, 2001, p. 176).

Na sequência, foi relatado na CPI o pronunciamento do Sr. Fernando Moreira, esposo da professora Sandra Noronha:

Ela era portadora de anemia falciforme. Ela era militante do Movimento Negro. Aos cinco meses de gestação, começou a sentir dor abdominal, atribuída a infecção. Começou a ser tratada, mas a suspeita de cálculo biliar só foi levantada muito depois. Foi submetida a cirurgias, mas terminou por morrer. Diz que os médicos têm de atentar para as diferenças entre os seres humanos, que têm especificidades diferentes. Quer que a morte da esposa não tenha sido em vão. Sugere o alerta para o risco da anemia falciforme em gestantes. [...] enfatizou que se anemia falciforme fosse impedimento para que as portadoras engravidassem, a raça negra estaria extinta do Brasil, já que sua incidência é extremamente alta entre a população brasileira. (CPI, 2001, p. 176-177).

Fica evidente a dor e a indignação nos depoimentos dos viúvos e a preocupação que isso não aconteça com outras mulheres e famílias. Branco relatou a importância da participação de leigos nas comissões de investigação, já que segundo ele, os médicos se sentiam “donos do saber”. E, Moreira alertou que a assistência médica precisa considerar as especificidades das pessoas, fazendo menção a anemia falciforme que atinge majoritariamente mulheres negras.

Outro fator a ser observado foi a ênfase que os viúvos deram ao fato de Vânia Machado⁴⁵ lutar no movimento de mulheres e Sandra Noronha⁴⁶ no movimento negro. Foi uma tentativa de atribuir valor social às suas vidas enquanto representativas das causas do feminismo e do movimento antirracista. A própria busca das famílias por justiça pode ser entendida como meio de evitar o apagamento de suas trajetórias, mesmo que as memórias evocadas naquele momento fossem mais de dor que de luta.

Como conclusão destes casos, até o momento em que o relatório da CPI foi publicado constou que o caso de Sandra Noronha, a mulher negra, não havia sido investigado. Já o de Vânia Machado, a branca, estava aguardando o relatório da Comissão de Sindicância. De acordo com o médico Mário Smith “todas as mortes maternas ocorridas em Porto Alegre são analisadas. Acredita que o caso de Vânia seria caso de encaminhamento ao CRM, e que o de Sandra é uma causa indireta”. (CPI, 2001, p. 178).

Assim, o caso da mulher branca, assistida no sistema privado, foi encaminhado ao Conselho Regional de Medicina (CRM), mesmo com o diagnóstico de varicela, sua morte foi considerada causa direta. Já a morte da parturiente negra, atendida no sistema público, foi considerada morte materna de causa indireta por ser portadora de anemia falciforme. Assim, raça e condição econômica podem ser marcadores de reconhecimento na busca pela justiça. Retornarei ao longo da tese essas questões, observando o direito ao luto e a interseccionalidade.

Em novembro de 2000 o jornal *Fêmea* noticiou na forma de manchete “CPI da Mortalidade Materna ouve a Promotoria de Justiça e o Conselho Federal de

⁴⁵ Não foi citado na CPI, mas Vânia Machado ocupou o cargo de coordenação geral da Coordenadoria Estadual da Mulher, criada em 1999 pelo governo do Rio Grande do Sul e, posteriormente ao seu falecimento, o Centro de Referência da Mulher deste estado foi “batizado” com seu nome. GLOCK, Clarinha. Ela lutava pelos direitos das mulheres. **ÉPOCA**. 30/05/2008. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT5017-15254-5017-3934,00.html> Acesso em: 21 set. 2019.

⁴⁶ Não foram localizadas informações sobre Sandra Noronha.

Medicina”. Um dos depoimentos indicou a discrepância de denúncias de mau atendimento médico às mulheres em comparação ao dos homens.

O Dr. Diaulas Ribeiro falou a respeito dos principais casos que chegam à sua Promotoria, que funciona desde maio de 1999 no Distrito Federal e recebe reclamações contra profissionais de saúde, principalmente os médicos. Até o momento, 79% dos casos em que os profissionais foram efetivamente processados referiam-se ao mau atendimento às mulheres. (FÊMEA, 2000, nº 94, s/p).

Por fim, *Fêmea* mencionou que “Atualmente, o grande desafio da CPI é mobilizar suas/seus integrantes para comparecerem às reuniões” (FÊMEA, 2000, nº 94, s/p). Demonstrando, o desinteresse com o problema do óbito materno por parte dos próprios membros da Comissão. Em outras edições o tema se torna tão recorrente nesse periódico que os títulos são praticamente reproduzidos e as matérias são dedicadas a relatar planejamentos da Comissão e a repetir os índices de morte materna no país. Excetuando-se alguns artigos que tratam de saúde da mulher de forma mais ampla e que serão retomados para análise nos próximos capítulos da tese.

Fêmea fez a denúncia do descaso com a mortalidade materna, inclusive entre os parlamentares durante as reuniões da CPI, na sua edição de fevereiro de 2001:

A CPI da Mortalidade Materna foi uma das mais importantes iniciativas do Congresso Nacional no ano de 2000 e é resultado de uma antiga reivindicação do movimento de mulheres que, durante quatro anos, aguardou a oportunidade de ver investigada a alta incidência de morte materna no país. [...] A importância do tema e as sérias denúncias que surgiram nas audiências públicas realizadas, no entanto, não têm mobilizado um grande número de parlamentares. [...] Algumas reuniões não puderam ser realizadas por falta de quórum (FÊMEA, 2001, nº 97, s/p).

Com a manchete “Morte materna: desperdício de vidas”, *Fêmea* anunciou que o número de mortes maternas evitáveis por ano no Brasil seria de cinco mil mulheres. Esse número de vidas desperdiçadas foi contabilizado através do trabalho da CPI da mortalidade materna, que estava em fase de conclusão. Vencer a subnotificação para ter dimensões da tragédia, nesse contexto, era a primeira meta. Constataram que “cerca de 70% das mortes maternas tiveram preenchido como ‘ignorado’ o campo sobre o estado presente ou recente da gravidez” (FÊMEA, 2001, nº 101, p. 10). Ainda, em negrito colocaram: “Os estudos apontam que para cada morte registrada como de causa materna há, no mínimo, outra não declarada”.

O outro objetivo da notícia foi abordar a realização do seminário “Saúde ou Morte Materna? O desperdício de vidas e a discussão sobre leis, políticas públicas e controle social” organizado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde) no dia 30 de maio de 2001 no Congresso Nacional. Uma das debatedoras foi Maria Betânia Ávila, coordenadora do SOS Corpo, que falou da necessidade da morte materna ser desnaturalizada.

Nem a gravidez, nem a morte em decorrência dessa gravidez são destino. Se alguém olha para uma mulher grávida de sete meses, com outra criança no braço e um balde de roupa lavada na mão, acha uma cena absolutamente normal, linda. Ninguém percebe que ali se constrói uma morte materna’, coloca Betânia (FÊMEA, 2001, nº 101, p. 10).

A fala de Ávila indicou que devem ser dadas condições às mulheres que querem ser mães. Em contraponto, quando elas não possuem suporte de informação, podem ver a maternidade como um destino inevitável e sem estrutura econômica e de cuidado “a vida pode trazer morte”. A última edição a tratar do assunto foi a de agosto de 2001, que anunciou a votação do Relatório Final da CPI da Mortalidade Materna em 08 de agosto do referido ano. *Fêmea* (2001, nº 103, p. 8) defendeu que a importância do documento está no caráter político de expor os dados e a condição das mulheres em idade reprodutiva e propor ações para a redução dos óbitos. Teceu a crítica de que “não foi tocado no aspecto das responsabilidades”, mas que o Relatório foi o começo da batalha pelas políticas públicas.

O documento final da CPI da mortalidade materna trouxe dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), de 1996, de que 585 mil mulheres morrem por ano em decorrência da gravidez, parto e puerpério. “Isto corresponde a mais de uma morte por minuto! 99% destas mortes acontecem nos países em desenvolvimento”. E, mais de 90% das mortes poderiam ser evitadas. Isto “retrata o pouco valor conferido à mulher” (CPI, 2001, p. 21). Além disso, há uma banalidade dessas mortes representada na mídia e a CPI traçou essa crítica:

A maternidade segura é um direito de toda mulher. Não se concebe que filmes e novelas apresentem partos dolorosos e que mostrem a aceitação com naturalidade de mortes das parturientes, como se sofrimento e morte fossem fenômenos indissociáveis da qualidade feminina da procriação. A morte materna é, sim, um fenômeno de exceção, que reflete de modo extremamente doloroso a desorganização e a má qualidade da assistência

prestada à saúde da mulher em uma fase crucial e delicada de sua vida. Ela é ainda mais cruel na medida em que significa um desperdício de vidas. (CPI, 2001, p. 21).

Se compreende que a instauração da CPI da Morte Materna doze anos depois da implementação do primeiro Comitê de Morte Materna (em São Paulo) e quatro anos depois do primeiro requerimento da CPI foi uma vitória do movimento de mulheres e feministas, das (e dos) parlamentares, dos profissionais de saúde envolvidos, dos familiares enlutados, daqueles que auxiliaram na notificação de casos e de outros setores civis que podem ter questionado a máxima “morreu de parto”. Contudo, ela teve limites, principalmente, no que tange a responsabilização e a efetiva mudança social. Mulheres continuam morrendo em decorrência de abortos clandestinos e o parto não deixou de ser um espaço de poder e violência contra os corpos femininos. Em suma, a vida das mulheres continua potencialmente precária e a maternidade voluntária uma miragem no horizonte para muitas delas.

A última publicação localizada no Acervo Carmen da Silva sobre mortalidade materna é da Rede Feminista de Saúde. Uma edição coordenada por Fátima Oliveira com a manchete de capa “A morte materna possui responsáveis”, sendo que todo o número foi dedicado ao assunto. Essa fonte será retomada ao longo da tese. Por enquanto, se tratará apenas da matéria das páginas 18 a 20, cujo título foi “Pautando a mortalidade materna na mídia”.

Essa reportagem tratou do seminário realizado pela Rede Feminista de Saúde em 2005: “Diálogo com jornalistas sobre morte materna”, cujo objetivo “foi compartilhar a perplexidade” pelo fato da morte materna não mobilizar a mídia nem a política, sendo que em “98% dos casos a morte é evitável. As mulheres mais pobres, as negras e aquelas com menos acesso aos serviços são as que morrem em maior número” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 18-19).

Nesse intento de pensar em mecanismos de visibilidade para a morte materna. Diversas sugestões foram colocadas, entre elas: a atuação dos jornalistas como “sentinelas”, identificando casos e acionando a Justiça, evitando que médicos e demais membros dos Comitês de Morte Materna ferissem a quebra de sigilo; uma nova forma de apresentar estatísticas em contraste com os números de países desenvolvidos para marcar a discrepância em relação ao Brasil; premiar as boas práticas; campanhas informando sobre o tema e, “promover o julgamento simbólico,

mas público, de pessoas e instituições envolvidas em determinada morte” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 19).

Ao fim dessa reportagem, consta em um box “O papel da imprensa na redução da mortalidade materna” com trechos reproduzidos de uma pesquisa de Marisa Sanematsu⁴⁷ publicada em 2004. A autora examinou os motivos pelos quais a morte materna ocupava páginas dos jornais:

O que faz a morte materna virar notícia? A morte de uma gestante famosa; iniciativas do Executivo, Legislativo (como a CPI da Mortalidade Materna em 2001), área médica e sociedade civil (em especial, ações no 28 de maio); uma alteração significativa na taxa de mortalidade materna; e dados impactantes de pesquisas produzidas por instituições de renome (JORNAL DA REDE, 2006, p. 20).

Para Sanematsu é um tema de “grande impacto social e emocional” pelas seguintes razões:

[...] as ideias de martírio e santificação; números que dão a dimensão do problema são referendados por instituições reconhecidas como Ministério da Saúde [...] e comentado por especialistas [...]; uma denúncia sobre mortes que poderiam ser evitadas e que refletem a qualidade da assistência à saúde; personagens: a própria mulher e as pessoas que ela deixou (filhos, marido, pais, etc.) para mostrar o lado humano por trás dos números; [...] ‘as mulheres são metade da população e mães da outra metade’. Nunca é demais lembrar também que as mulheres são maioria do público dos principais veículos de comunicação de massa (JORNAL DA REDE, 2006, p. 20).

Apesar de todos esses motivos, a cobertura dessa questão pela mídia tradicional era pequena. Sanematsu questionou se esse fato devia-se a insensibilidade dos/as jornalistas e editores. Contudo, apontou que a mídia não é neutra e no Brasil a grande imprensa pertence a poucas famílias e grupos empresariais que podem decidir o que virará notícia e qual o tratamento desta, indicando arranjos políticos. Outro fator é que os/as jornalistas, geralmente, têm pouco poder de decisão nesses grandes jornais e em função do índice de mortalidade materna ter se mantido estável isso tornava difícil noticiá-la, pois se o indicador não havia mudado não teriam novidade para abordar, não teriam o que vender.

⁴⁷ Jornalista, mestre em Ciências da Comunicação pela USP e fundadora do Instituto Patrícia Galvão. Esse texto são trechos do seu artigo: SANEMATSU, Marisa. O papel da mídia informativa: O que a imprensa pode fazer pela redução da mortalidade materna no Brasil. **Observatório da Imprensa**. Ed. 292. 31/08/2004. Disponível em: <http://observatoriodaimprensa.com.br/ciencia/o-papel-da-imprensa-na-reducao-da-mortalidade-materna/> Acesso em: 21 out. 2019.

Sanematsu estava se referindo a mídia tradicional, aos grandes veículos impressos com receita. Contudo, se observou que a imprensa feminista também pautou tardiamente a mortalidade materna. Nesse sentido, cabe refletir sobre o “agendamento”. Ele pode ser entendido como o instante quando um assunto passa a fazer parte da pauta jornalística. Entra na “ordem do dia” dos temas que, mesmo que não recebam a manchete, devem aparecer ao menos em uma nota (FONTES, 2012). Essa questão do agendamento só pode ser observada quando o acervo permite ser analisado em série, por isso, se buscou agendamento sobre morte materna e parto apenas em *Mulherio* e *Fêmea*. Foi analisada toda a série que compõe o primeiro jornal e o segundo periódico entre os anos de 1992 a 2006. Contudo, se constatou que somente o segundo jornal abordou o assunto e esse agendamento foi pautado em função da novidade, nos momentos da tentativa, da implantação e do relatório final da CPI da Mortalidade Materna, nos anos de 1996, 2000 e 2001 respectivamente.

Pinto (2003) observou que aquele feminismo com grupos e associações fortes e de manifestações públicas das décadas de 1970 e 1980 teve pouca expressão na década de 1990 e que o feminismo estava se profissionalizando e especializando, principalmente por meio das universidades e das ONGs. *Fêmea* revelou esse caráter político-institucional, de fazer o intermédio entre o movimento feminista e as demandas sobre as mulheres e das parlamentares mulheres no Congresso Nacional. O *Jornal da Rede Saúde* também representativo desse momento era especializado em temas da saúde com marcas institucionais, desde as suas coordenadoras, as médicas Maria José de Oliveira Araújo e Fátima Oliveira, até a maioria das/os suas/seus debatedoras/es e entrevistadas/os, geralmente, profissionais da saúde comprometidas/os com a causa feminista.

Nesse sentido, ainda cabe citar a função social desses impressos feministas em educar e divulgar o feminismo; melhorar a vida das mulheres e diminuir as desigualdades de gênero. Contudo, os debates sobre as diferenças e hierarquias entre as mulheres apareceu de forma tímida. A maternidade das mulheres lésbicas e das portadoras de deficiências, por exemplo, não gerou nenhuma matéria. Já as mulheres indígenas apareceram nos jornais no contexto da “parturição tradicional”, principalmente na figura de parteiras, e serão abordadas no capítulo quatro.

O acesso das feministas aos veículos de grande circulação foi outro fator analisado, por meio do artigo de Carmen Barroso para a *Folha de S. Paulo*, já

mencionado. Essa publicação indicou que o movimento feminista não estava fechado em debater suas causas entre si. Reconhecia a importância de ter espaço na mídia tradicional para fazer circular e visibilizar os temas de interesse do movimento. Contudo, foi necessário adaptar o seu discurso para essa mídia. O texto de Barroso na *Folha de S. Paulo* teve o intuito de impactar fazendo o comparativo da tragédia das mortes maternas com a queda de aviões. De certo modo, usou a linguagem desse jornal pensando no público leitor, mas sem mudar seu posicionamento político de denunciar as mortes maternas e apontá-las como evitáveis, inclusive, aproveitou o espaço e mencionou a necessidade de legalizar o aborto como uma das formas para diminuir a mortalidade materna.

Sabe-se que os/as jornalistas e aqueles/as com poder para escrever nos jornais, constroem discursos sobre esses fatos e conseqüentemente, novos fatos. Assim, se concluiu que o discurso mais recorrente nas fontes analisadas nesse capítulo foi a necessidade de evitar a mortalidade materna e denunciar o descaso social com a vida das mulheres que “morrem de parto”. Em segundo lugar, o discurso preponderante sobre o planejamento familiar, girou em torno da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo.

A discussão do planejamento familiar feita pelas feministas se constituiu em um contradiscurso aos poderes vigentes, principalmente em relação às políticas controlistas. O movimento feminista demandou que as mulheres pudessem autodeterminar seus corpos e vidas, repensou propostas e encampou a luta pela criação do PAISM. Porém, a abordagem da imprensa feminista sobre a morte materna não se contrapôs à da *Folha de S. Paulo*. A imprensa feminista teve posturas mais respeitadas em suas abordagens. Não expôs a vulnerabilidade das mulheres vítimas da morbi-mortalidade materna. Não reproduziu a fala dos familiares de “Do Carmo”, no título de uma das matérias, dizendo que ela morreu arrebatada por dentro ou o episódio da gestante Benedita Pereira, que com sangramentos procurou o posto de saúde e lhe disseram que era mudança de lua, mas que poderia ter morrido e perdido o bebê se não tivesse tido outro diagnóstico, correto dessa vez.

Benedita Pereira sobreviveu ao evento de quase morte citado pela *Folha de S. Paulo* e provavelmente, ainda não havia parido quando o diário publicou sua história. Como teria se sentido ao ler essa reportagem? Em qual contexto foi contatada para dar esse depoimento? Será que ela possuía condições para comprar

uma edição da *Folha de S. Paulo*? Ela saberia ler? Por fim, essa pesquisa aqui desenvolvida não reproduz violências com as mulheres que experienciam a maternidade e o parto?

A fala de Pereira foi utilizada para ilustrar a tragédia da mortalidade materna, retratada como uma competição entre os casos mais bizarros: A gestante que sangrava de acordo com as fases lunares, a mãe da escadinha de filhos, as mortas vivas que sobreviveram ao parto, ou o “corte de gastos” com a saúde da mulher, que impactou ao evidenciar que as vidas de algumas mulheres foram/são tão precárias que não valem o preço de uma cesárea, sendo submetidas a “fazer força” no parto normal até morrer “arrebentadas por dentro”.

Os discursos da imprensa feminista não podem ser confundidos com estes, certamente. Os editoriais feministas estavam preocupados em elencar dados e comprometidos em buscar soluções, com um debate mais educativo e voltado para a transformação que opinativo ou noticioso. Entretanto, na mídia feminista e na *Folha de S. Paulo* analisadas até o momento, o parto foi associado ao risco e à morte. Esse enquadramento do parto não poderia ser mais bem expresso por outra frase, que a lançada pelo jornal feminista *Cunhary Informa* (1992): “A vida pode trazer morte”.

Apesar de todas as mulheres envolvidas na mobilização para visibilizar e denunciar os óbitos maternos evitáveis como Luiza Erundina, Fátima Pelaes, Maria José de Oliveira Araújo, Fátima Oliveira, Carmen Barroso, Inês Castilho, entre outras, prevaleceu a imagem da mulher como vítima. As parturientes mortas – o meio milhão de mulheres que morreram em decorrência da gestação, do parto e puerpério, todos os anos – foram as protagonistas nessas páginas da imprensa feminista. De tantas não tinham rosto. Mais se falou de morte do que das ações desenvolvidas pelo movimento feminista. Talvez a comoção, e aqui cabe diferenciar comoção de sensacionalismo, possa ser entendida como um passo importante para a transformação social. A comoção com aquelas que tiveram sua precariedade maximizada e morreram em plena idade reprodutiva. Portanto, o contra-discurso que o movimento feminista realizou sobre a parturição foi o de tentar romper com a naturalização da assertiva “morreu de parto”, ao pontuar repetidamente que a morte materna é evitável. Todavia, no enquadramento proposto neste capítulo, não foi verificado debate na imprensa feminista sobre a autonomia das mulheres nos seus

próprios partos. A demanda central foi pela possibilidade de um parto seguro, que parir fosse sinônimo de vida e não de morte.

3 O PARTO NA SOCIEDADE DO BIO/NECROPODER

3.1 O controle dos corpos

“Viver é sempre viver uma vida que é vulnerável desde o início e que pode ser colocada em risco ou eliminada de uma hora para a outra a partir do exterior e por motivos que nem sempre estão sob nosso controle” (BUTLER, 2018b, p. 52). Dada essa vulnerabilidade ontológica, vida e morte coexistem nos corpos. Quanto mais percepção alguém tem do que é viver, mais nitidez tem de que se aproxima da sua morte e da morte dos seus. As mulheres, além dessa percepção (oriunda do tempo, da consciência e do lugar social do gênero que performam), desempenham, muitas vezes, o papel de cuidadoras, seja no leito de morte ou na manutenção da vida. Não bastasse isso, as mulheres cisgênero (abordadas pelas fontes dessa pesquisa) experenciam o medo da violência no parto e da mortalidade materna e neonatal.

Foi possível perceber que a maioria das mortes maternas, que apareceu na imprensa, decorreu de situações de gravidez, parto ou puerpério. Os dados e argumentos indicaram que essas mortes poderiam ser evitadas e a sua razão apontou para a falta de acesso das gestantes aos serviços de saúde e a forma precária de atendimento prestado. Apesar do constatado descaso com a vida das mulheres, há um controle político da mortalidade materna e do parto com interesses nacionais e internacionais. A nova meta brasileira é de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos até 2030, estipulada em um acordo firmado em 2015 nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) junto à Organização das Nações Unidas (ONU)⁴⁸. Contudo, em 2018 a Razão de Mortalidade Materna no país foi de 59,1 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos⁴⁹.

O trabalho desta tese foi atravessado por uma pandemia mundial, a Covid-19, e foi possível observar que o Brasil, infelizmente, ocupou a posição de campeão de morte materna por Covid-19, com 77% das mortes no mundo, segundo o estudo publicado no *International Journal of Gynecology* realizado entre 26 de fevereiro de 2020, quando o primeiro caso foi registrado, e 18 de junho de 2020, momento de divulgação. “Outro dado assustador é a enorme desigualdade racial: as mulheres

⁴⁸ Disponível em: <http://portalods.com.br/noticias/mortalidade-materna-cresce-no-brasil/> . Acesso em: 12 mai. 2022.

⁴⁹ Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 12 mai. 2022.

grávidas pretas têm quase o dobro de chance de morrer por Covid-19 no Brasil do que as grávidas brancas” (RADIS FIOCRUZ, 22/09/2020, s.p.)⁵⁰.

Sabe-se que a história é feita a partir do presente e o vírus Sars-CoV-2 produziu efeitos para além do desenvolvimento da doença, inclusive nessa pesquisa. A qual começou muito crítica à prática médica, em uma leitura foucaultiana e butleriana, observando os perigos da tecnologia médica no (neo)liberalismo, a precariedade maximizada de alguns corpos em relação a outros e a importância de produzir discursos de resistência. Contudo, a Medicina é esse poder que pode deixar/fazer morrer, mas pode fazer viver, especialmente em casos como o atual, em que todos/as dependem de vacinas imunizantes e, parte considerável da população, precisou de cuidados médicos intensivos. Por isso, é importante salientar que a prática médica tornou-se indispensável à política da vida e do mesmo modo que discursos produzem a legitimidade do saber-poder médico, outros o deslegitimam, mesmo quando esta tecnologia está sendo utilizada e é o único recurso para maximizar a vida.

Este capítulo é dedicado a abordar o parto na sociedade do bio/necropoder, entendendo que há um controle dos corpos grávidos e em situação de parto, gerido pelo poder-saber de modo individual e populacional, e atravessado pelo racismo. Para entender o biopoder, a tomada da vida pelo poder, é importante começar conceituando poder, a partir de Michel Foucault, apesar de este autor estar mais interessado em refletir como o poder opera do que sobre sua natureza. Em sua compreensão, o poder não é passível de apropriação, ele existe em ato e em relação. O poder e a resistência são exercidos em múltiplos lugares, são dinâmicas de poder, que não marcam unicamente situações de opressão, mas também de produção (FOUCAULT, 1987).

Foucault (1987) compreendeu que o poder sujeita o corpo e o faz produtivo, de modo violento ou sutil e por vezes, oscilando entre essas formas. Nesse sentido, cabe entender o parto enquanto técnica e poder corporal usada para a reprodução social. E essa política da vida pode ajudar a explicar como o Estado e outras formas de governamentalidade utilizaram e sujeitaram os corpos das mulheres à reprodução com formas vigiadas (e, por vezes, punitivas) de parir.

⁵⁰ Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-gestantes-por-covid-19> Acesso em: 12 mai. 2022.

Nos séculos XVII e XVIII apareceram técnicas de poder centradas no corpo individual e na distribuição espacial desses corpos. “[...] sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância [...] tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento, etc.” (FOUCAULT, 1999, p. 288).

Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho. Ela se instala já no final do século XVII e no decorrer do século XVIII (FOUCAULT, 1999, p. 288).

Nas palavras de Foucault, se pode observar a justaposição da nova tecnologia que visa lidar com os corpos como uma massa global, que vive processos biológicos e biográficos em conjunto à disciplina:

[...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie (FOUCAULT, 1999, p. 289).

O autor observou que no trabalho fabril o corpo individual é espiado, treinado e punido para se tornar dócil e manejável e, a essa tecnologia é somada outra que visa governar os corpos múltiplos, a nível populacional, a qual chamou de justaposição da anátomo-política do corpo com a biopolítica da espécie humana (FOUCAULT, 1999). Controlar esses processos a partir de números que supostamente fossem representativos das massas, tais como, nascimento, longevidade e mortalidade foram, no entendimento de Foucault, alvo dessa política da vida.

A anátomo-política e a biopolítica têm o propósito comum de extrair forças individual e coletivamente. Essa administração populacional visa não perder o controle das massas, conectando indivíduo, população e economia. Foucault observou em sua obra, que do século XVIII em diante as sociedades ocidentais consideradas modernas passaram a levar em conta o fato biológico como uma

estratégia de poder. É importante enfatizar que na biopolítica não há negação do corpo individual. Este é dotado de capacidades que são consideradas fundamentais ao todo e devem ser disciplinadas, como uma engrenagem que na sua ausência ou má conduta/funcionalidade a máquina paralisa.

Federici em seu livro *Calibã e a bruxa* (2017) defendeu que a “caça às bruxas”, detentoras de saberes-poderes sobre o corpo feminino, destruiu o controle que as mulheres exerciam sobre sua reprodução e que isso foi crucial para o surgimento do capitalismo com o confinamento das mulheres ao trabalho reprodutivo. A autora discutiu a biopolítica, especialmente quando debateu o conceito de corpo tecendo críticas à Foucault. De acordo com Federici:

Foucault fica tão intrigado pelo caráter “produtivo” das técnicas de poder de que o corpo foi investido, que sua análise praticamente descarta qualquer crítica das relações de poder. O caráter quase defensivo da teoria de Foucault sobre o corpo se vê acentuado pelo fato de que considera o corpo como algo constituído puramente por práticas discursivas, e de que está mais interessado em descrever como se desdobra o poder do que em identificar sua fonte. Assim, o Poder que produz o corpo aparece como uma entidade autossuficiente, metafísica, ubíqua, desconectada das relações sociais e econômicas, e tão misteriosa em suas variações quanto uma força motriz divina (FEDERICI, 2017, p. 34).

Para Federici a teoria foucaultiana tem “omissões históricas extraordinárias” (FEDERICI, 2017, p. 35) como a caça às bruxas e defendeu que se este massacre tivesse sido incluído na obra do filósofo demonstraria o caráter repressivo do poder contra as mulheres. Afirmou que a historiografia da caça às bruxas, portanto, desafia o conceito de biopoder. Na concepção de Federici, Foucault tratou do caráter produtivo do poder em detrimento da dimensão repressiva, considerando em sua análise a obra “História da Sexualidade I - A vontade do saber”, na qual o autor utilizou o conceito de biopolítica. Entretanto, em “Vigiar e Punir”, por exemplo, se pode inferir que Foucault (1987) se deteve mais a abordagem do poder repressivo (do adestramento, da punição e da vigilância) e, também é possível interpretar que a repressão é uma produção social, inclusive, produtora de corpos, ou seja, a dimensão repressiva não se dissocia da produtiva e vice-versa.

Portanto, embora Foucault não tenha abordado o evento da caça às bruxas, conforme apontou Federici, esta autora, por outro lado, condicionou sua reflexão a uma obra, que talvez não seja a central para o conceito de biopolítica, como se considera, nesta pesquisa, “Vigiar e Punir”. Ou, ainda, os três cursos que Foucault

ministrou e utilizou o termo da biopolítica de modo mais aprofundado: “Em defesa da sociedade”, “Segurança, território e população” e “O Nascimento da biopolítica”.

“Em defesa da sociedade”, por exemplo, se entende que a biopolítica lida com a população como problema biológico, científico e político de modo massivo, estabelecendo regulações, tais como: encompridar a vida, aumentar a natalidade e diminuir a morbidade, dando estímulos (ou não) para a manutenção da vida social. Nesse contexto, a governamentalidade da população é justificada pela necessidade de mecanismos reguladores para a maximização de sua vida útil (enquanto trabalhador/a ou reprodutor/a) e do lucro que ela poderia gerar, incluindo a produção de uma nova vida. Contudo, o indivíduo na sociedade do biopoder não será considerado na sua especificidade, somente por sua individualidade, mas como partícipe de mecanismos globais que necessitam de regulamentação. Ele importa como parte do todo. Nesse sentido, os processos biológicos são normatizados para o controle em conjunto dos indivíduos. Há uma “estatização do biológico” (FOUCAULT, 1999, p. 286).

Os primeiros objetos do saber e alvos de controle do biopoder são essas taxas de natalidade, longevidade, mortalidade e dados sobre questões econômico-políticas que depois se ramificam, se desenvolvem e se modernizam sem perder o corpo individual e o corpo coletivo de vista, tais como as recentes tecnologias de monitoramento da gestação. Apesar, dessa exposição e da argumentação afirmativa de que o parto é alvo do biopoder, ele não é mencionado em específico na obra de Foucault. O mais próximo disso foi à menção ao nascimento no âmbito do controle demográfico e suas reflexões sobre a Medicina e a sexualidade. Então, quando é feita a proposição em falar de parto e biopoder é necessário fazer deslocamentos e um alongamento temporal e reflexivo dessa conceituação de Foucault.

Sueli Carneiro (2005), analisando a realidade brasileira em sua tese de doutoramento, demonstrou como discursos e práticas configuram a racialidade em um dispositivo de saber-poder. Abordou o conceito de biopoder juntamente com o de racialidade para pensar como os processos de viver e morrer se manifestam de modos diferenciados na sociedade brasileira.

Podemos afirmar que o dispositivo de racialidade também será uma dualidade entre positivo e negativo, tendo na cor da pele o fator de identificação do normal, e a brancura será a sua representação. Constitui-se assim uma ontologia do ser e uma ontologia da diferença (CARNEIRO, 2005, p. 42).

O dispositivo é um campo discursivo onde relações de saber-poder se articulam constituindo sujeitos. Pensando sobre a produção da loucura, Foucault entendeu que o dispositivo demarca o normal e o patológico. Fez uma arqueologia da loucura buscando na historicidade outros significados para esta “enunciação” e compreendeu que antes da modernidade ocidental o dito “louco” era considerado sagrado. Assim, o discurso da “anormalidade” passou a sustentar uma suposta normalidade. O sujeito considerado normal não precisa afirmar-se identitariamente, mas caso fosse necessário se apresentaria de forma negativa: “não sou um louco”. A enunciação do “Outro” é construída constantemente como afirmação de si.

Conforme Carneiro (2005, p. 42): “Temos em Foucault um *eu* que é dotado de razoabilidade, porque produziu o louco; de normalidade, porque produziu o anormal; e de vitalidade, porque inscreveu o Outro no signo da morte”. Para esta autora, há um não-dito na formulação de Foucault “que é a imbricação do dispositivo de sexualidade com o de racialidade” (CARNEIRO, 2005, p. 42).

Foucault abordou o racismo de Estado, entendendo que ele estabelece, por meio da governamentalidade, a divisão entre quem deve morrer e quem deve viver. Para Carneiro (2005, p. 70) Foucault, embora tenha abordado o racismo, referiu-se principalmente, ao holocausto judeu, não considerando-o “enquanto dispositivo de poder de sociedades multirraciais nas quais ele opera como um disciplinador, ordenador e estruturador das relações raciais e sociais”. A filósofa mencionou, inclusive, que nos corpos femininos as tecnologias de controle da reprodução são diferenciadas de acordo com a racialidade:

Nessa biopolítica, gênero e raça articulam-se produzindo efeitos específicos, ou definindo perfis específicos para o “deixar viver e deixar morrer”. No que diz respeito ao gênero feminino, evidencia-se a ênfase em tecnologias de controle sobre a reprodução, as quais se apresentam de maneira diferenciada segundo a racialidade; quanto ao gênero masculino, evidencia-se, a simples violência (CARNEIRO, 2005, p. 72).

Enquanto se propaga um discurso de democracia racial, que nada mais é que uma “função estratégica, sobretudo como apaziguador das tensões étnico-raciais” (CARNEIRO, 2005, p. 63), a biopolítica acionou o dispositivo da racialidade eliminando “o Outro indesejável” e assegurou o lugar da branquitude/brancura como o desejável, a vida ideal, o *status* de humanidade.

Assim, sob a égide do biopoder no polo subordinado da racialidade, as desvantagens se manifestam desde a infância, em que se acumulam predisposições genéticas com condições desfavoráveis de vida para inscrever a negritude sob o signo da morte. Como contraponto, na branquitude se configura o vitalismo como signo que se consubstancia na maior expectativa de vida, nos menores índices de mortalidade e morbidade como consequência de seu acesso privilegiado aos bens socialmente construídos. Porém o que advogamos aqui é que o "*deixar viver e deixar morrer*" define as condições de vida e morte a que a racialidade estará submetida em todos os seus vetores pelo poder de soberania que a informa e que decide sobre o valor de cada vida e de cada morte no âmbito da racialidade. (CARNEIRO, 2005, p. 78).

Para Mbembe (2016) o racismo é o princípio regulador que distribui as mortes e serve para legitimar as ações do Estado, tornando o "fazer morrer" aceitável e parte do exercício do bionecropoder. A necropolítica é a definição das práticas políticas que promovem a morte e sustentam o sistema hegemônico, que em sua visão, ainda é colonial. Quem não se adequa a norma e a ela resiste é um corpo que, mesmo que não possua visibilidade discursiva, somente por sua existência está contestando a norma, logo, deve ser eliminado. Na definição de quem deve morrer, está posto quem merece viver e quem detém o poder para exercer essa classificação, sendo o racismo o vetor principal dessa operação.

Assim como Carneiro (2005), Mbembe (2016) questionou o lugar do holocausto como principal paradigma do genocídio de povos. Em sua visão, a colonização e suas atualizações são o cerne da bionecropolítica, já que biopoder e necropoder coexistem porque as vidas são racializadas todo o tempo. Os dois autores também abordaram o mito da democracia racial como uma atualização da colonialidade e evidenciando o quanto práticas discursivas podem ser racistas.

Na imprensa pesquisada esse tema foi enquadrado. Ignez Helena Oliva Perpétuo, médica especialista em demografia e saúde reprodutiva, em matéria para o *Jornal da Rede Saúde* em novembro de 2000 tentou desmontar o mito da democracia racial no acesso à saúde reprodutiva, afirmando que

[...] a inserção social de um indivíduo na sociedade é diretamente relacionada à sua cor e que a persistência histórica da raça como princípio classificatório não deve ser encarada como herança do passado, mas como um mecanismo social de reprodução da desigualdade racial, servindo aos interesses do grupo racialmente hegemônico (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 10).

Segundo a autora, uma série de estudos indicou “grandes diferenciais de mortalidade e de fecundidade entre brancos e negros” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 10), contudo, pesquisas sobre a saúde reprodutiva com recorte racial são mais raras. Algumas “sugerem que as mulheres negras estão mais expostas à infertilidade e à mortalidade materna” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 10) em função de predisposições biológicas e de falta de acesso aos serviços de saúde, “fruto da discriminação racial que determinaria sua maior concentração em áreas de periferia” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 10). E, afirmou ainda, que outros autores (dos quais Perpétuo não mencionou os nomes), denunciaram “que a discriminação contra o negro no Brasil traduz-se em intervenções específicas, como a cirurgia de laqueadura tubária, que estaria sendo praticada por motivações eugênicas” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 10).

Perpétuo passou a citar a pesquisa da demógrafa Elza Berquó, realizada em São Paulo e concluída em 1996 com mais de 7.500 entrevistadas, na qual Berquó “não detectou diferenciais de prevalência do uso do método (esterilização) entre mulheres negras e não-negras” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 11). Em contraponto, defendeu que a literatura internacional, principalmente dos EUA mostrava a raça como um fator de impedimento ao acesso à saúde para a população negra, ao mesmo tempo em que os brancos fazem maior uso do sistema de saúde e por mais tempo.

Para a médica Perpétuo, a variável cor nos sistemas de informação, ausente na maioria dos instrumentos e pesquisas no período, era importante. Considerou a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 “uma fonte valiosa” que abordou “o contexto socioeconômico, a experiência sexual e reprodutiva, a assistência à anticoncepção, a assistência pré-natal, o atendimento obstétrico e o atendimento ginecológico voltado para a prevenção do câncer cervical e de mama.” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 11).

A pesquisa referida indicou que “a proporção das mulheres negras que residem nas regiões menos desenvolvidas e que se encontram nos estratos educacionais e socioeconômicos inferiores é o dobro que a das mulheres brancas.” (REDE SAÚDE, 2000, p. 11). E, o risco reprodutivo para mulheres negras é maior, sendo que o índice das que começaram “a controlar a fecundidade através da esterilização é o dobro do que se verifica no grupo das brancas” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 12).

Diversos dados reprodutivos foram citados, mas se analisou o que diz respeito ao parto. A pesquisa abordada pelo impresso constatou que mulheres negras têm “[...] menor acesso à assistência obstétrica durante o pré-natal, [...] o melhor instrumento de combate à mortalidade materna” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 13). Além de acessarem um número menor de consultas de pré-natal, também tiveram o triplo de partos domiciliares, o que nesse sentido, indicou falta de assistência.

[...] o percentual de gestantes negras que recebeu o que o Ministério da Saúde considera como o pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal – seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta no puerpério – foi de 61% e 31%, respectivamente, em contraste com 77% e 46% das brancas. Quanto ao parto, 7% dos bebês de mães negras nasceram em casa, mais do triplo do que aconteceu no caso das mulheres brancas (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 14).

Com base neste artigo de Perpétuo, se pode observar como biopoder e necropoder operam juntos. Ao mesmo tempo em que pesquisas visam coletar e classificar dados de controle populacional para investir em políticas, ficou evidente que uma política de exclusão pautada pelo racismo operou, dificultando o acesso a consultas de pré-natal e ao leito hospitalar para um grupo determinado, as mulheres negras e periféricas.

No decorrer da matéria foi lançado um subtítulo “Raça ou pobreza?”, questionando se o menor acesso das mulheres negras à saúde reprodutiva “estaria associado de forma independente à cor de sua pele ou seria um reflexo de sua pobreza” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 14).

Tal questionamento foi respondido nas considerações finais da matéria por Perpétuo:

A influência da variável cor sobre a probabilidade de acesso às ações de saúde consideradas desaparece apenas quando controlada pela classe social que, como visto, é um indicador de poder aquisitivo. Isto aparentemente sugere que o principal problema não é ser negra, mas ser pobre (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 16).

Contudo, Perpétuo, desenvolvendo seu pensamento, apontou que a discriminação racial não ocorria somente na falta de políticas de acesso, mas também na qualidade do atendimento prestado em saúde:

Entretanto, este achado não permite afastar a existência de discriminação racial no acesso às ações de saúde reprodutiva. Em primeiro lugar, porque

se pode argumentar que o poder aquisitivo, talvez mais que outras características socioeconômicas, como a residência e a escolaridade, estaria captando esta mesma discriminação. Em segundo lugar, porque estes dados (quantitativos) permitem avaliar apenas o acesso a ações de saúde, existindo uma dimensão muito mais importante quando se deseja discutir a questão da discriminação racial, qual seja, a qualidade do atendimento à saúde disponível para brancas e negras (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 16).

Em suma, a PNDS apresentou dados quantitativos que indicaram o acesso ou a falta de acesso aos serviços de saúde, porém, não informaram sobre o formato e a qualidade da prestação dessa assistência. Acessar um serviço não significa que ele é fornecido com equidade e respeito, porque, muitas vezes, a dinâmica do racismo é institucional e acontece dentro do espaço de atenção à saúde. Todavia, os resultados da pesquisa divulgada pelo impresso “não deixam dúvidas sobre o imenso abismo que separa as mulheres negras da posição que – embora ainda precária em muitos sentidos – já foi alcançada pela população branca” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 22, p. 16). Desse modo, Perpétuo considerou a diferença de precariedade no acesso à saúde reprodutiva entre mulheres negras e brancas, podendo se afirmar que há uma precariedade maximizada para as primeiras, como se observará ao longo desta tese.

3.2 A medicalização do parto: assistência e/ou violência

Federici (2017) observou como o Estado instaurou métodos disciplinares diminuindo o controle das mulheres sobre seus corpos, acusando e castigando-as, muitas vezes com a morte, por considerá-las culpadas de “crimes reprodutivos”, sobretudo, criminalizando o aborto. Nesse processo de controle populacional, além de uma exigência reprodutiva que aumentasse o número de futuros trabalhadores, Federici incluiu, ainda, que a crescente privatização e a noção de propriedade geraram uma “ansiedade com relação à paternidade” (FEDERICI, 2017, p. 170), ou seja, a noção de herdeiros legítimos recaiu novamente sobre a conduta feminina. A autora deu atenção às parteiras que passaram a ser consideradas assassinas de crianças, ao mesmo tempo em que os médicos, de acordo com Federici, se tornavam os responsáveis legítimos pelo atendimento à parturição, marginalizando as parteiras e demarcando a diminuição do controle das mulheres sobre a sua função reprodutiva.

Enquanto na Idade Média as mulheres controlavam técnicas contraceptivas e seus partos, na Idade Moderna em diante “[...] seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista” (FEDERICI, 2017, p. 178). E, ao mesmo tempo em que o Estado promoveu o crescimento populacional destruiu massivamente vidas. Para Federici (2017, p. 35): “Efetivamente, num sistema em que a vida está subordinada à produção de lucro, a acumulação de força de trabalho só pode ser alcançada com o máximo de violência”.

Perrot (2008, p. 74) afirmou que a “medicinização” do parto promoveu conflitos entre médicos e parteiras. Enquanto as parteiras eram excluídas em função dos saberes científicos, os médicos precisavam se apropriar dos conhecimentos existentes sobre o parto, que eram empíricos provenientes das parteiras. Perrot (2008, p. 74) descreveu a transição do parto domiciliar ao hospitalar afirmando que “o parto medicinizou-se, masculinizou-se, hospitalizou-se”.

No século XVIII há grandes modificações, observadas por Foucault (2010): o aparecimento da autoridade médica, que não é só uma autoridade do saber, mas uma autoridade social, capaz de tomar decisões em nível da sociedade; a intervenção da medicina em outros campos para além da doença como o tratamento de esgotos e construções; a constituição do hospital como o aparelho de medicalização e não mais como o espaço de morte dos pobres, o chamado “morredouro”; e, a administração médica com o registro de dados. Assim, a medicina se converteu em uma prática de controle social e o hospital o lugar de excelência dessa prática.

A saúde se converteu em um objeto de intervenção médica, fenômeno que se pode denominar de medicalização. “Hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente” (FOUCAULT, 2010, p. 181). No século XX os médicos, a semelhança dos juízes e seus sistemas de leis nos séculos XVII e XVIII, inventaram a sociedade da norma (ao invés da sociedade jurídica da lei) para geri-la, usando seu saber como instrumento de poder, distinguindo o normal e o anormal em um “perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade” (FOUCAULT, 2010, p. 181).

Mott (2002, p. 198) defendeu que esse processo de institucionalização do parto começou no Brasil na década de 1930, quando o hospital passou a ser

indicado como o “[...] local ideal e seguro para as mulheres darem à luz” e o parto começou a ser visto como um evento médico.

[...] O exame clínico passava a contar com diferentes tipos de diagnóstico fornecidos por aparelhos, exames de laboratório e raio X. [...] A indústria farmacêutica colocou no mercado uma série de medicamentos para diminuir a dor e acelerar o trabalho de parto [...]. Aconselhava-se que as operações fossem realizadas em maternidades (ou em hospitais) e, não mais em residências [...] [devido] a possibilidade de se ter um maior controle sobre a paciente e o recém-nascido, bem como uma menor interferência da família (MOTT, 2002, p. 203-204).

Desse modo, o parto era uma discursividade feminina, um tema de mulheres e um tabu aos homens, que não eram bem-vindos na cena do parto, mesmo quando se tratava do nascimento de seus filhos/as. Com o tempo, foi se tornando um lugar de fala de autoridade masculina, centrado na figura do médico, daqueles que sabiam operar a tecnologia. É importante salientar que o enquadramento da gravidez e do parto como eventos mais patológicos que fisiológicos, instaurou a lógica do risco. A noção de risco é uma construção histórica que tenta abarcar os desvios da norma, aquilo que aparece como diferente e inesperado. Foi utilizada para justificar a autoridade e a intervenção médica, já que este era/é o/a profissional considerado/a capaz de prever, controlar os riscos e evitar maiores danos.

No período abordado por esta investigação, o parto já era uma experiência vivida de modo hegemônico no espaço hospitalar no país e muitos questionamentos giravam em torno do tema da medicalização. Na dissertação de mestrado da autora desta tese, sobre o ofício de parteira tradicional (SILVA, 2017), foram trabalhados dois processos que possibilitam pensar a medicalização: a higienização e a industrialização do parto.

Foi discutido o movimento higienista e seu interesse em disciplinar os corpos das mães, por entendê-las como propagadoras em potencial da política sanitária; os conflitos profissionais fora e dentro do hospital entre parteiras (com ou sem formação), enfermeiras e médicos; o atendimento invasivo e o uso tecnológico na parturição e a institucionalização do parto como um evento que se tornou hospitalar e médico (SILVA, 2017).

O processo de higienização do parto não tratou somente da constituição desse maternalismo aliado à Medicina (já abordado no capítulo dois), mas também de ações de treinamento e controle às parteiras. Um dos entrevistados na pesquisa de Silva (2017), o médico Rômulo Panatieri, que começou a atuar na década de

1960 em Piratini, uma pequena cidade do RS, na condição de clínico geral e, depois, como coordenador da vigilância sanitária, relatou sua ação de não colocar-se contra as parteiras, mas de trazê-las para si.

No Posto de Saúde meu exercício envolveu fiscalizar, inclusive, as parteiras, que estavam exercendo, de certa forma, ilegalmente a atividade. Por que ilegalmente? Porque as parteiras teriam que passar por um curso na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, serem obstetrizas. Dessas parteiras, a dona Pura Amaral era parteira-obstetrix, tinha o curso. Em Piratini, a única. [...] Então, as outras todas eram chamadas de curiosas. Por que curiosas? Eram parteiras. A parturiente entrava em trabalho de parto e chamavam uma dessas curiosas. A curiosa se instalava na casa um dia, dois dias, uma semana, um mês ficava a curiosa acompanhando o trabalho de parto. E, ao observar essa gente com uma boa vontade tremenda de fazer o bem, mas fazendo o bem muito mal, eu invés de colocar-me contra elas, eu tentei trazê-las para mim. De fazer com que elas minimizassem o mal com algum aprendizado. Eu fui atraindo diversas dessas senhoras, algumas delas de boa memória a dona Negra, dona Santinha... essas pessoas não tinham o mínimo do material para o atendimento. Usavam para romper a bolsa amniótica uma das unhas sem higiene. Então aquela unha ficava comprida e afiada e altamente infectada. Isso fazia evidentemente um grande dano, era o “mal do sétimo dia”, o tétano do recém-nascido. E hoje falar do mal do sétimo dia... Quem é que fala a respeito disso? O tétano do recém-nascido, o que é isso? Acabou com a graça de Deus e o atendimento hospitalar. E, com a vacina antitetânica acabou. O cordão umbilical era rompido com uma tesoura enferrujada, suja e era atado com um barbante, sabe lá Deus que barbante era esse. Então a introdução da fita umbilical esterilizada foi um avanço. A utilização de luvas, a esterilização do material, evidentemente que na época se usava a esterilização com álcool, [...] já minimizando fontes de outras situações. E isso foi se realizando com esse contato que a gente procurou ter com essas pessoas. E o atendimento domiciliar aos poucos foi terminando (PANATIERI, 2014 apud SILVA, 2017, p. 78).

Sua fala indicou como o atendimento domiciliar nesse município foi acabando aos poucos. Atitude que justificou como necessária pela falta de higiene, ausência de materiais e condições de adoecimento, conforme seu relato. Já as parteiras entrevistadas narraram receber “visitas de surpresa” de sanitaristas e que utilizavam os métodos que dispunham para higienizar seus materiais e fazer a assepsia das mãos, não deixando nenhuma mulher em trabalho de parto desamparada (SILVA, 2017).

Tornquist (2004) explicou que foi um longo processo para que as mulheres buscassem o hospital para parir, já que este era o local para morrer e não para nascer. Quando parteiras passaram a atender partos nos hospitais as parturientes passaram a se encorajar e buscar o espaço. Com o tempo as divisões de trabalho na Maternidade foram se estabelecendo através do binarismo de gênero:

[...] aos médicos homens, couberam as intervenções cirúrgicas, os partos difíceis e a intervenção pontual; às mulheres, sejam parteiras ou enfermeiras, os partos fáceis, os partinhos, e o acompanhamento do trabalho de parto. Na verdade esta divisão do trabalho está fortemente marcada pelas modernas representações de gênero, que atribuem a homens e a mulheres diferentes aptidões: a vocação feminina das parteiras para a espera, para a escuta, para a tolerância, e a aptidão dos médicos homens para os partos mais difíceis e a para a intervenção cirúrgica, monopolizada por eles (TORNQUIST, 2004, p. 95-96).

Já a industrialização do parto/nascimento tem dois marcos: a propagação de antibióticos e anestésicos, pós Segunda Guerra Mundial e o acondicionamento das transfusões sanguíneas em materiais plásticos, transformando a cesariana em uma “operação confiável” (ODENT, 2003, p. 47). Fenômeno que começou a crescer na década de 1970 quando os partos hospitalares se tornaram a norma e surgiram gerações de médicos obstetras treinados cirurgicamente.

A concentração nos grandes hospitais não é a única característica do parto industrializado. Também existe uma tendência notável rumo à padronização. Rotina e protocolos representam palavras-chave na obstetrícia moderna. [...] além do parto por cesariana, que pode ser planejado ou decidido durante o trabalho de parto, existe um parto normal, quase padronizado. No caso de um parto “normal”, a mulher recebe uma peridural e ocitocina intra-venosa, enquanto o bebê é monitorado eletronicamente. É normal que um tubo seja inserido pela uretra para esvaziar a bexiga. Durante as últimas contrações, a utilização de uma ventosa (ou de fórceps) é associada a uma episiotomia. No momento preciso em que o bebê nasce, administra-se uma droga rotineiramente para contrair o útero, permitindo a expulsão segura da placenta. Na idade do parto industrializado, a mãe não tem o que fazer. Ela é uma “paciente” (ODENT, 2003, p. 49).

Para Odent (2003) tanto o parto por cesariana quando o dito “parto normal” são protocolares, invasivos e monitorados nos grandes hospitais. Ambos são partos industrializados e a parturiente é uma paciente. Já Nagahama e Santiago (2005, p. 656) observaram que a hospitalização foi, em grande medida, responsável pela queda nas taxas de mortalidade materna e neonatal. Ao mesmo tempo em que a Medicina incorporou novos conhecimentos nas áreas cirúrgicas, de assepsia, anestesia, entre outras, diminuiu infecções e outros riscos, e aumentou suas possibilidades de intervir nos corpos. Nesse processo, a paciente foi/é submetida a um ritual de admissão hospitalar que pode ser entendido “como parte estratégica do exercício da dominação”.

[...] simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação – separação da família,

remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

Transferir o parto para o local do hospital foi um investimento para melhorar as condições de saúde materna e neonatal, no entanto, essa mudança, fez com que a Medicina se apropriasse do saber-poder sobre o corpo feminino de modo dominante. Assim, a medicalização foi/é inevitável quando o quesito é assistência formal em saúde (via Estado). Apesar disso, para Nagahama e Santiago (2005, p. 656) o “preço” pago foi a “desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento”.

O principal modelo que critica a medicalização do parto é chamado de movimento de humanização do parto e será abordado no capítulo seguinte. Contudo, já cabe questionar se os modelos medicalização e humanização do parto seriam opostos e se o modelo de humanização do parto é externo, se contrapõe ou o quanto se distancia da medicalização? No momento, é importante antecipar e dizer que o quadro que promove o movimento de humanização do parto é o da medicalização, mesmo que se coloquem em disputa de sentidos e de espaço.

Nicida et. al. (2019, p. 4544) analisando os sentidos atribuídos ao conceito de medicalização do parto em publicações sobre assistência ao parto no Brasil, entre 2000 e 2017, elencaram cinco categorias, sendo que em quatro delas medicalização e humanização do parto são contrapostas e o conceito de humanização centralizou o debate sobre medicalização: “medicalização e intervenções; medicalização e disputa profissional; medicalização e violação de direitos das gestantes e medicalização e cenário do parto”. Nesse contexto, observaram que a “relação entre medicalização e humanização tem um predomínio de uma crítica à medicalização em que o formato adotado conduz o leitor a inferir uma oposição entre os dois conceitos, em que a existência de um exclui o outro” (NICIDA et. al., 2019, p. 4544).

Em apenas uma das categorias formuladas na pesquisa sobre o conceito, “medicalização do parto como reflexo da medicalização da sociedade” (NICIDA et. al., 2019, p. 4544), o sentido de medicalização foi entendido como um amplo processo de assistência com diferentes atores. De acordo com Nicida et. al. (2019, p. 4545), compreender a medicalização do parto é pertinente para que possa ser

articulada a “criação de uma assistência ao parto onde a mulher e suas necessidades sejam o centro, e não o uso (ou não) de intervenções”.

Recorrendo as fontes, o artigo “Humanizar é preciso” no *Jornal da Rede Feminista de Saúde* (2000, nº 20, p. 16) a médica Lívia Carneiro falou da transição do parto domiciliar ao hospitalar. Descreveu o parto como “antes competência natural das mulheres” que passou a ser “especialidade médica”. Dos domicílios, foi levado para o “ambiente frio e impessoal” dos hospitais. “Com os argumentos de garantia de segurança e redução de riscos, foi excluída a participação familiar e retirado da mulher o seu papel de protagonista” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16). Nessa perspectiva, descreveu o que chamou de “parto tecnológico”, no qual a tecnologia era/é “considerada superior à fisiologia feminina” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16).

Esse modelo de parto tecnológico, que privilegia o prático, o cômodo, rápido e lucrativo em substituição ao imprevisível e incoercível, esvazia os significados afetivos e existenciais que permeiam o parto. A lógica é não se submeter às forças da natureza, mas sim ao controle tecnológico, compatível com o que é considerado bem-estar na modernidade, ou seja, a capacidade de consumir e programar todas as coisas (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16).

Para a médica a concentração de partos em grandes maternidades ou hospitais “resultou na sua patologização e tornou a sua assistência uma violência camuflada nas normas e rotinas eleitas para facilitar o trabalho da instituição” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16). E, essa complexidade no atendimento elevou o custo operacional do parto, “sem justificativa, pois ao redor de 80% das mulheres internadas como doentes são saudáveis” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 16).

Carneiro questionou: “Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual? Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural?” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 17). Em sua visão, se deveria “tornar o parto simples, natural, agradável, benévolo e verdadeiramente benigno; e conservar o princípio básico da prática médica: *Primum non nocere* (se não se pode fazer o bem, que não se faça o mal)” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 17).

Foucault (2010) defendeu que a prática médica é sempre social e que a Medicina se ocuparia para além do campo das doenças e da promoção de saúde, atuando no controle populacional e na produção de normalidades. Por isso,

considerava importante problematizar a prática médica em sua historicidade e suas relações com a política econômica, ao invés de defender um tipo de ação ou campo médico. Nesta conferência, ele rejeitou a hipótese de crise da medicina, afirmando que era uma ilusão, visto que até mesmo a dita “antimedicina” (práticas críticas ou inovadoras) se sustentaria com o discurso médico.

Quando a saúde entra nos cálculos estatais, na macroeconomia, é necessário um sistema de impostos, de rendimentos, de redistribuição, corrigir a desigualdade de acesso à saúde, garantindo que todos tenham as mesmas possibilidades de tratamento (ao menos, no discurso). A saúde, assim, se socializa e se politiza. A saúde se torna um objeto de luta política, referida por todos os candidatos políticos em épocas eleitorais, conforme lembrou o filósofo Michel Foucault. Passa a existir uma nova moral na economia do corpo que o converte em objetivo de intervenção do Estado (FOUCAULT, 2010).

Por isso, toda medicina é social e a medicina individualista é um mito, defendeu Foucault (2010). Dizer que a medicina é social, significa dizer que ela age para a sociedade, para todos (até aqueles que não a acessam ou a recusam, estão imersos em sua normativa). A medicina age para a manutenção de uma ordem social que é político-econômica.

GENTE Mulher, procriação e ecologia é um boletim da Rede de Defesa da Espécie Humana (REDEH)⁵¹, criada em 1990. Apresentou-se como uma associação sem fins lucrativos com o objetivo de promover o desenvolvimento humano e a igualdade entre os gêneros, raças/etnias junto à preservação do meio ambiente e apoiar lideranças na implementação de políticas públicas. Em sua edição janeiro-abril de 1992 trouxe no clamor do título uma denúncia: “Censura pública: Mudar o nascimento/mudar a vida” (GENTE, 1992, p. 7). O jornal retomou acusações de maus tratos em 1986 no município de Duque de Caxias (RJ): “Algumas mulheres fizeram denúncias de sérios maus tratos sofridos por elas e seus bebês em

⁵¹ Atualmente se chama Rede de Desenvolvimento Humano. Entre seus parceiros constam empresas, agências e fundações internacionais como a Agência Alemã de Meio Ambiente, a Fundação de Gênero da Embaixada do Canadá, a Agência de Cooperação do Ministério de Relações Exteriores do Governo Holandês, Fundação Mac Arthur - Estados Unidos, Fundação Ford, Instituto AVON, Instituto C&A, O Boticário, Petrobrás, Banco do Brasil, CAIXA entre outras; Ministérios da Educação, Justiça, Meio Ambiente e Saúde do Brasil; Secretaria de Promoção da Igualdade Racial e Secretaria de Políticas para as Mulheres. Na década de 1990, um dos patrocínios encontrados no próprio jornal foi o Frauen Anstiftung (Fundação de Mulheres do Partido Verde Alemão). Disponível em: <http://www.redeh.org.br/> Acesso em: 11 set. 2022.

maternidades conveniadas ao INAMPS⁵² [...]. Viúvos denunciaram morte de suas mulheres no momento do parto” (GENTE, 1992, p. 7).

A matéria enfatizou a aliança entre as organizações de saúde deste município e o movimento de mulheres para fazer as denúncias. O Conselho Comunitário de Saúde de Caxias, as mulheres do Movimento de União de Bairros (MUB) e Comissão Especial dos Direitos da Reprodução da ALERJ “assumiram a luta pelas maternidades” (GENTE, 1992, p. 7).

A maternidade Jardim Primavera, campeã em mortalidade materna e de bebês foi definitivamente descredenciada pelo INAMPS e cassada pela Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde. Foram abertos diversos processos no CRM no sentido de apurar a responsabilidade por quadro tão desumano. (GENTE, 1992, p. 7).

Na matéria foi divulgado o nome de médicos, todos com nomes no gênero masculino, que “foram censurados publicamente pelo CRM”, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (GENTE, 1992, p. 7), em uma postura evidente de denúncia e de luta política do impresso: “a mortalidade materna continua sendo motivo de luta [...]” (GENTE, 1992, p. 7). Ao final da matéria o jornal questionou: “Se não compreendermos o parto e o nascimento como momentos privilegiados, como dar valor à vida?” (GENTE, 1992, p. 7). Ao mesmo tempo em que anunciou os médicos como agentes causadores da violência, indicou a censura pública promovida pelo Conselho Regional de Medicina e a tentativa de “apurar responsáveis” pelo “quadro desumano”.

Na imprensa tradicional um recorte do Jornal *Zero Hora* (mantido pelo Grupo RBS), localizado no Acervo Carmen da Silva, evidenciou uma rede de proteção entre gestão hospitalar e médicos obstetras em 1996 no interior do Rio Grande do Sul.

As gestantes do município de Bagé, a 376 quilômetros de Porto Alegre, estão, desde ontem, sem atendimento de plantão no único hospital da região que mantém o serviço na área de obstetrícia. Os oito obstetras da Santa Casa de Caridade de Bagé decidiram suspender o atendimento aos pacientes por causa de duas denúncias de negligência envolvendo dois médicos da área. A partir de agora, as gestantes que necessitarem de atendimento passarão por uma primeira avaliação feita por enfermeiras, que prestarão o atendimento inicial. Na hora do nascimento da criança, o

⁵² O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era a política de saúde anterior ao SUS, contudo não era universal. Era responsável somente aos trabalhadores contribuintes da previdência social, enquanto o restante da população ficava desassistida. Foi extinto em 1993.

hospital chamará o obstetra para fazer o trabalho de parto ou cesariana (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47).

Como forma de punição as denúncias feitas à sua categoria, os demais obstetras suspenderam o atendimento às gestantes da região. As denúncias foram registradas na Delegacia de Polícia do município e não haviam sido concluídas na data da publicação. Um dos inquéritos acusou:

[...] obstetra de submeter a paciente ao trabalho de parto durante seis horas antes de realizar a cesariana. A exumação comprovou que a causa da morte da criança foi cardiopatia congênita, ou seja, coração grande. A mãe alega que a demora em realizar a cirurgia pode ter causado a morte da criança. (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47).

O outro inquérito envolvia dois médicos, sendo um deles o acusado no processo citado. De acordo com o laudo da necropsia, a criança nasceu prematura. “A mãe do bebê acusa os médicos de retardarem a cesariana. Ela alega que quando foi atendida pelos dois médicos já estava com a placenta arrebitada. A polícia salienta que não há provas contra os obstetras” (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47).

O administrador do hospital, Paulo Agostinho Zandomeneghi “garantiu” que o atendimento às gestantes não seria prejudicado e “que a decisão dos oito médicos em paralisar o atendimento não se trata de boicote nem represália” (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47). Segundo o administrador: “Os médicos, na verdade, querem preservar a dignidade da profissão diante de denúncias infundadas” (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47) e, também contou que no hospital “foi criado um departamento jurídico para defender os profissionais” (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47). Além da aliança e amparo jurídico, da autoridade empunhada para estipular o que era verídico, já que era o gestor/o administrador, quando disse “na verdade”, também produziu o silenciamento, o não dizer, a omissão como cumplicidade, por parte dos médicos, que em sua fala apareceram como “corpo clínico”, uma entidade.

O jornal também convidou os obstetras envolvidos nas denúncias e outros do “corpo clínico do hospital” que, de modo unânime, recusaram conceder declarações sobre o ocorrido (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47). Ao final da matéria, reforçando a gravidade da situação, indicou que 230 nascimentos por mês eram realizados no referido hospital de Bagé no período e, pelo menos, oito municípios dessa região (sul do RS) “dependem da instituição” (ZERO HORA, 13/08/1996, p. 47). Diante dessa notícia, se observou a difícil condição daquelas mulheres, entre o desamparo ou os maus tratos, o silenciamento ou o medo de retaliação após a denúncia.

Há que se considerar que não foram os partos satisfatórios que alcançaram as páginas dos jornais. Pelo contrário, os partos que movimentaram os periódicos, em sua maioria, foram os partos trágicos, os partos em que as narrativas poderiam estipular facilmente, vítimas e vilões. Para evitar essa armadilha, é preciso questionar essa ideia do médico como detentor do poder da morte, sobretudo na cena do parto. Afinal, o poder circula, ele não pode ser possuído. Conforme Foucault:

[...] não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras, mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui e ali, nunca está em mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder, e de sofrer sua ação; nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles (FOUCAULT, 1989, p. 183).

Se o médico é produzido como autor do parto no quadro da medicalização, existem discursividades que escapam dessa moldura. Tais como: médicos/as que questionam práticas da categoria e experiências que rompem o quadro da medicalização, como médicas negras que escreveram na imprensa feminista criticando as formas de assistência e observando a importância da variável cor nos formulários de saúde. Por isso, a figura médica não é universal e suas práticas não são homogêneas. Conforme Butler (2018, p. 235): “Podemos perfeitamente ser formados no interior de uma matriz de poder, mas isso não quer dizer que precisemos, devotada ou automaticamente, reconstituir essa matriz ao longo do curso de nossas vidas”.

“Parto sem violência” foi uma manchete do jornal *Zero Hora* em 09 de setembro de 1979. Na qual o médico Claudio Basbaum apontou práticas médicas diferentes que aconteciam na Europa como receber os bebês em salas escuras, com pouca iluminação para simular o ambiente uterino. Modelo de parto assistido pelo médico francês Frederick Leboyer, que escrevia livros divulgando suas técnicas que circulavam no Brasil. As experiências nacionais “diferentes” também foram relatadas no jornal, como o médico Galba Araújo que estava atendendo com

parteiras do Ceará e empregando técnicas utilizadas por elas, como parir em troncos, simulando “cadeiras primitivas” e os médicos de Curitiba, Moysés e Claudio Paciornik (pai e filho), que desenvolviam em sua clínica o “parto de cócoras”. Contudo, Basbaum que desenvolvia a “técnica Leboyer” em São Paulo, disse: “O médico hoje em dia, atua, corta, costura, mas esquece que, sobretudo na hora do parto, ele, como pessoa, é o melhor medicamento” (ZERO HORA, 09/09/1979, s/p).

Nesse sentido, a Medicina não é uma tela fixa. Seus órgãos se (re)organizam nas dinâmicas de poder, mudam discursos e estabelecem novos enquadramentos. Ademais, o/a médico/a é um/a trabalhador/a da saúde e geralmente, existe uma gestão hospitalar, um corpo administrativo, para além do clínico, que toma a maior parte das decisões e fica proporcionalmente, com o lucro.

Aprofundando essas dissociações, por fim, é preciso compreender que “o parto de risco” é construído antes de chegar ao hospital. A vida considerada vida não é deste modo apreendida apenas no espaço hospitalar, ela carrega esse *status* de/para outros âmbitos. Da mesma forma, que o parto de risco apresenta-se como precarizado antes do evento, talvez até antes da gestação. A vida não chorável, é inelutável em diversos cenários, na presença ou na ausência de médicos/as. Os/as quais podem funcionar mais como propagadores/as de determinados poderes (e também de resistências), do que detentores da soberania. Reconhecer isso não significa negar o racismo estrutural na saúde. É necessário compreender que o racismo tem uma história longa, que perpassa a própria história da Medicina e tem raízes coloniais, que remetem à escravização.

A *Revista Tempo e Presença* (Publicação do CEDI – Centro Ecumênico de Documentação e Informação) trouxe como tema de sua capa “Mulheres, direitos reprodutivos e desejo” em 1991. Em seu interior uma entrevista sobre “Nascer de forma mais humanizada” com Suely Carvalho⁵³, agente de saúde comunitária em Recife e Djanira Ribeiro integrante do grupo Curumim Gestação e Parto, no período. Os pontos que serão abordados, nesse momento, foram respondidos por Ribeiro. Ela explicou sobre o contexto dos partos hospitalares e domiciliares no Nordeste:

A gente sabe que existe uma incidência muito grande de parto hospitalar não apenas no Nordeste, mas no Brasil como um todo. Nos últimos anos também caiu muito a incidência de parto domiciliar na zona rural. [...] no final do ano passado fizemos um encontro com 30 parteiras – basicamente

⁵³ Carvalho foi posteriormente uma das criadoras da ONG Cais do Parto, como será abordado no capítulo quatro.

todas do interior do Estado [Pernambuco] – que atendem nas cidades e na zona rural, sendo poucas as que fazem partos em casa. Elas atendem naqueles hospitais pequenos com um raio de ação bastante grande no interior. Dizem que não gostam do parto domiciliar porque se sentem inseguras. Eu acho que há um quadro de desestímulo à ação dessas parteiras (TEMPO E PRESENÇA, 1991, p. 28).

Questionada sobre o desestímulo das parteiras em praticar o trabalho, afirmou:

A uma série de fatores. Em primeiro lugar, institucionalização da medicina de lucro. E, por incrível que parece, este alia-se, a meu ver, a uma relativa consciência das mulheres de que o parto – bem entendido nessas condições de miséria em que elas vivem – contém o fator de risco e, neste contexto, torna-se mais seguro para elas ir para o hospital. Entre as mulheres de baixa renda da região metropolitana de Recife, por exemplo, o parto em casa está diretamente relacionado à falta de instrução e de poder aquisitivo. Em outras palavras, é sinônimo de barbárie e subdesenvolvimento. Então, dar a luz no hospital representa que o cuidado que elas desejam obterão por uns dias. E isso é muito importante para mulheres que são super carentes, sobretudo de afetividade. O fato é que, teoricamente, terão um médico e um sistema que vai olhar por elas. [...] Por fim, a ausência de parteiras bem preparadas e a forma como a profissão vem se extinguindo torna o quadro complicado (TEMPO E PRESENÇA, 1991, p. 28).

A fala de Ribeiro expressou uma integração das parteiras ao espaço hospitalar no interior de Pernambuco e uma insegurança, relatada por elas, em atender partos domiciliares. Do mesmo modo, disse observar uma “consciência” das mulheres do “fator de risco” do parto em “condições de miséria”. Por isso, acessar o hospital “representa o cuidado que elas desejam”, ao menos, “teoricamente” em ter assistência médica no sistema formal de saúde. Sua entrevista evidenciou uma preferência das parturientes e parteiras pelo parto hospitalar, ao menos em Pernambuco, e considerou que dadas as condições das mulheres de baixa renda, o parto hospitalar poderia ser mais seguro e representar um espaço de cuidado e afetividade.

Considerar a autonomia ao parir passa pela necessidade e direito de “acessar um leito”, entendido de forma mais ampla como acesso à assistência. No caso dos partos em hospitais públicos, acessar o leito é chegar ao lugar da tecnologia e dos recursos no momento adequado, nem muito cedo para ser mandada para casa ou ter um processo parturitivo com mais intervenções e aceleração do parto, e, nem “passar da hora” devido aos possíveis riscos da assistência tardia. Diniz (2001)

afirmou que conseguir acessar um leito de forma adequada tornou-se equivalente a ter competência social de dar à luz.

[...] não necessariamente as mulheres percebem os procedimentos invasivos como problemáticos, pois nesse contexto, ter qualquer assistência pode ser interpretado como ter uma boa assistência. Parece haver mesmo uma certa expectativa do consumo de procedimentos, pois esses são identificados como uma assistência adequada, portanto, com a devida “inclusão” no sistema. O que parece fazer uma grande diferença é a maneira como são tratadas, do ponto de vista da relação pessoal – ser chamada pelo nome, que dirijam a palavra a ela, que expliquem o que estão fazendo, etc. – mais que o conteúdo da assistência em termos de procedimentos (DINIZ, 2001, p. 117).

Diniz (2001, p. 173) questionou em que medida a assistência ao parto poderia contribuir na promoção e ampliação de direitos das usuárias? É indispensável que “usuárias e suas famílias tenham alguma noção desses direitos, que as faça perceber quando esse é respeitado ou desrespeitado”.

O direito ao acesso ao leito obstétrico para todas as parturientes está inscrito na Constituição Brasileira e na legislação do Sistema Único de Saúde, que definem saúde como direito de todos e dever do Estado. Está também inscrito nos instrumentos de direitos humanos, entre os direitos relacionados à vida, à liberdade e à segurança da pessoa; os relacionados ao cuidado com a saúde e aos benefícios do progresso da ciência incluindo o direito à informação e educação em saúde, e os relacionados à equidade e a não discriminação (DINIZ, 2001, p. 175).

Para as mulheres que dependem do SUS, ser admitida no sistema significa conseguir assistência ao seu parto, “quase equivale a resolver o problema em si, pois significa estar incluída em algum sistema formal de assistência” (DINIZ, 2001, p. 181), independente da qualidade do serviço prestado, já que este se mostra como sua única opção. Contudo, esta etapa de admissão nas “barreiras institucionais” talvez seja apenas o início de novos problemas: o tratamento inadequado, o não direito ao acompanhante, a aceleração dos partos para aumentar a rotatividade em função da carência de leitos, entre outras violações. Nesse sentido, Diniz colocou que em outro extremo a cesárea pode se apresentar como “mais inclusiva, pois permitiria o acesso programado e disciplinado” ao serviço de saúde. (DINIZ, 2001, p. 184).

Quando proferiu a conferência em 1974, Foucault (2010, p. 188) considerou que antes o efeito econômico da Medicina era assegurar a saúde dos trabalhadores, mas que a sua função dentro do capitalismo havia se transformado. A Medicina

passou a poder “produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros”. O corpo humano tornou-se sede de desejos e no capitalismo esses desejos se expressam pelo consumo.

Por isso, defendeu Foucault que a Medicina não está em crise, ela faz parte do sistema econômico e mesmo quando ela é contestada, isso é feito com base no saber médico, com evidências científicas, com dados e ferramentas consideradas legítimas para serem construídas, mobilizadas e reconhecidas no discurso do próprio campo. Desse modo, cabe “trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo” (FOUCAULT, 2010, p. 193).

3.3 Quadros de guerra: Parto normal X cesárea?

“Pela janela do quarto/Pela janela do carro/Pela tela, pela janela/Quem é ela? Quem é ela?/Eu vejo tudo enquadrado/Remoto controle” é a canção Esquadros de Adriana Calcanhotto, lançada em 1992. Nessa década se acirrou o debate na imprensa sobre a via de parto, entre cesárea e parto normal, o qual será abordado a seguir.

Esta música estimula o pensamento sobre todas as molduras que editam os modos de ver e as formas de significar conteúdos emoldurados, bem como os apagamentos promovidos pela ação de enquadrar. São janelas de quartos e de carros e a menção a um meio de comunicação quando cita “tela”, a televisão. Desse modo, é possível alongar a reflexão aos jornais que estão em análise nesta pesquisa. O que está enquadrado? Para quem? E, que mãos seguram o “controle remoto”? Ou, como diz a melodia o “remoto controle”, lembrando que o poder tem historicidade. Nesse momento da tese é importante retomar a obra de Butler e a noção teórico-metodológica de enquadramento que desenvolveu em sua obra “Quadros de Guerra” (2018b).

Também é importante ressaltar que os métodos são instrumentos “encarnados”, ou seja, há um corpo portador/a dessas lentes com uma posição social: pesquisadora, feminista, branca, mulher cisgênero, que não é mãe, nem pariu, entre outras filiações/identificações/situações e possibilidades, como já mencionado. Há opções na “troca de canais” dessa tese, ou seja, o acesso às fontes

permitiu que alguns temas fossem estudados de modo mais profundo, enquanto outros somente apareceram por um instante, brevemente mencionados.

É importante recuperar os temas mais recorrentes que englobaram o parto na imprensa feminista brasileira no período em análise 1979-2006: mortalidade materna, cesariana, parto normal, parteiras, saúde da mulher e parto humanizado. A mortalidade materna foi o mais abordado e os outros dois que apareceram com frequência nas páginas feministas foram a cesárea e o parto normal. Ademais, na análise da imprensa tradicional também foi possível observar essa ordenação do discurso. Ainda, cabe inferir que os temas da cesárea e do parto normal ganharam destaque nos periódicos, principalmente na década de 1990, colocados em posições contrapostas, como se ambos travassem um debate: parto normal *versus* cesárea.

O periódico *Mulherio* (da década de 1980) antecede o momento da contenda sobre parto normal e cesárea dos anos de 1990. Desse modo, o debate agora proposto foi traçado pelos jornais do Acervo Carmen da Silva e o *Fêmea*.

Os jornais da imprensa feminista que protagonizaram essa contenda foram: *GENTE*: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana); *Fêmea* – CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria); *Mulheres em Dados* (Informativo mensal sobre a mulher paulista da Fundação SEADE); *Dito e Feito* (Boletim Informativo do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher); *Redir* (Rede de Informação, Saúde, Sexualidade e Direitos Reprodutivos) e *Rede Fax* (Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos). Também foi possível localizar no Acervo Carmen da Silva que dentre a imprensa tradicional o debate foi impulsionado pela *Folha de S. Paulo*. Neste acervo consta uma revista de economia cuja capa foi dedicada ao tema da cesárea, *Consumidor S.A.*, e dois jornais especializados sobre parturição, *Dar à Luz* e *Impresso Ventre*, que também promoveram quadros discursivos e acrescentam ao debate aqui proposto.

A discussão se intensificou em dois momentos: o começo da década de 1990, em torno da Campanha “O Direito de Nascer Direito” e, ao final da mesma década, em torno de outra Campanha denominada “Natural é Parto Normal”. Nesse capítulo ao abordar estas campanhas e suas especificidades, interessou observar a biopolítica do parto, ou seja, quais as formas de regular as vidas e quais os argumentos econômicos que prevaleceram na definição dos tipos de parto (ou condutas consideradas adequadas) em um momento recente de consolidação do

Sistema Único de Saúde (SUS) e, por fim, cabe observar o que ficou desfocado nesse enquadramento do parto.

Em texto intitulado “O direito de nascer direito”, o jornal *GENTE: mulher, procriação, ecologia* - REDEH apontou “entidades de mulheres” envolvidas na “campanha em favor do parto normal” em Goiás em 1993: “Núcleo de Saúde da Mulher do Hospital São Pio X de Ceres, grupo Transas do Corpo⁵⁴, Divisão de Saúde da Mulher e da Criança do SUS e Programa Interdisciplinar da Mulher da Universidade Católica” (GENTE, 1993, p. 8).

De acordo com a matéria “O uso abusivo da operação cesariana no Brasil em geral e no Estado de Goiás em particular, justificou a campanha que pretende conscientizar a população e profissionais da saúde de todos os riscos dessa cirurgia” (GENTE, 1993, p. 8). É possível identificar que a motivação da campanha é “conscientizar” de “todos os riscos”, a referência à cesárea como “cirurgia” e a afirmação de que esta estaria sendo usada de modo “abusivo”. O público a ser conscientizado seria “a população e profissionais de saúde” e não mencionou as parturientes em específico como público-alvo da campanha.

Contudo, na sequência o jornal questionou, colocando em destaque: “Por que as mulheres optam pela cesárea?”, e listou os motivos abaixo:

- A mulher foi expoliada de um saber feminino sobre os cuidados com a saúde e o seu corpo.
- O despertar da sexualidade não conta com nenhum conhecimento como também não há acesso às informações e métodos.
- A maior parte das grávidas são temerosas, despreparadas para viverem a sua primeira experiência de maternidade. Ao sentirem-se incapazes desejam, portanto um parto passivo, feito por terceiros caindo no conto das cesáreas programadas (GENTE, 1993, p. 8).

Ao mesmo tempo em que o título enunciou que “as mulheres optam pela cesárea”, ou seja, utilizaram o poder de escolha, no texto adjetivos e expressões negam esse poder: expoliada; nenhum conhecimento; temerosas; despreparadas; incapazes; parto passivo; feito por terceiros; caindo no conto das cesáreas programadas.

E, na sequência mais dois fatores foram listados:

⁵⁴ Organização civil sem fins lucrativos, criada em Goiânia em 1987 que desenvolve, desde então, ações educativas em gênero, saúde e sexualidade. Disponível em: <https://transasdocorpo.org.br/index.php/institucional/apresentacao/> Acesso em: 28 abr. 2023.

- A crença de que o parto normal prejudica o desempenho sexual da mulher criou um verdadeiro mito sobre a “mulher larga”; atrás dessa falsa preocupação, exista a tarefa para a mulher de manter-se sempre bonita e capaz de dar prazer ao homem... o elo entre a procriação e a sexualidade da mulher acaba sendo a cesareana⁵⁵.

- Os profissionais e os serviços de saúde estão incentivando a cesareana, o atendimento médico ao parto normal não tem hora marcada e são poucos e raros os obstetras que têm essa disponibilidade. Quase nenhum programa de saúde levou a sério a possibilidade de valorizar as parteiras ou ministrar cursos de enfermeiras obstetras (GENTE, 1993, p. 8).

Nestes tópicos, abordou o mito da “mulher larga”, utilizado discursivamente como incentivo à cesárea no intento de preservação do períneo para a “tarefa” de “dar prazer ao homem”. Ao utilizar as palavras “crença” e “mito” apontou o medo de que a musculatura vaginal não se regenerasse depois do parto normal e não fosse possível ter relações sexuais com o períneo “largo”, em evidente preocupação com o prazer masculino – se tratando de mulheres cisgênero.

Essa desvalorização sexual da vagina após o parto, ou da “vagina deflorada” (após o começo da vida sexual), representa, de acordo com Diniz (2001), a desvalorização da mulher.

A desvalorização sexual da vagina, e por decorrência da mulher, ou vice-versa, depois do parto, tem muitas analogias com a sua desvalorização depois do início da vida sexual. Depois do chamado defloramento, a mulher ficaria desvirginada, aberta, frouxa. [...] do ponto de vista da evidência científica, o tônus vaginal pode perfeitamente ser preservado independentemente da vida sexual ou de partos vaginais, ou da necessidade de recursos cirúrgicos – mais uma vez, não se trata do que seria “cientificamente correto”, mas de sua representação (DINIZ, 2001, p. 192-193).

Já o outro fator dimensionou o parto normal como aquele que “não tem hora marcada”, em um cenário de “raros” médicos com disponibilidade de horários, indicando como “possibilidade” de solução ao problema a atuação das parteiras e das enfermeiras obstetras.

Chamou atenção, ainda, para o que poderia acontecer depois da primeira cesárea: “as mulheres se deparam com as dificuldades de realizar uma anticoncepção séria e optam pela segunda gravidez de imediato, finalizando sua fertilidade com a realização de uma segunda cesárea e a ligadura de trompas” (GENTE, 1993, p. 8). O informe estabeleceu a relação entre recorrência de cesárea e esterilização. Contudo, o motivo principal da matéria foi divulgar a campanha

⁵⁵ A palavra cesariana consta como “cesareana” e se optou por manter a grafia.

apontando os materiais e indicando o contato para acessá-los, “cartazes, camisetas, cartilhas, um vídeo-denúncia, acompanhado de um roteiro para ajudar à reflexão dos grupos e vários artigos sobre a problemática” (GENTE, 1993, p. 8).

Ainda na mesma edição, outro texto abordou a inauguração da “Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova”, na cidade de Niterói – RJ, em fevereiro daquele ano, como o lugar para se exercer o que é a chamada da campanha: “o direito de nascer direito” (GENTE, 1993, p. 8).

O primeiro jornal da imprensa tradicional que citou a referida campanha (nos recortes do Acervo Carmen da Silva) foi a *Folha de S. Paulo* em 04 de março de 1991. No seu Caderno de Saúde, foi possível observar como o discurso da cesárea estava sendo emoldurado. A jornalista Marina Caldeira⁵⁶ escreveu o texto “Cesárea é risco desnecessário para a mulher” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4). Em suas palavras:

A mulher brasileira está pagando caro por um modismo da medicina introduzido no país no final dos anos 60. Ela embarcou na canoa furada da maternidade com hora marcada. Lucraram os médicos que salvaguardaram suas agendas cheias e seus momentos de lazer. Perderam as mulheres e seus filhos, que correm mais riscos nos partos cirúrgicos (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4).

Começou chamando a cesárea de “modismo”, introduzido pela Medicina e pago pela mulher brasileira, ou seja, representou o parto como um bem de consumo, onde a parturiente seria cliente e a Medicina um negócio, sendo a cesariana o parto da moda e um parto “caro”. Além de chamar o parto cirúrgico de modismo, também o chamou de maternidade com hora marcada e considerou uma “canoa furada”, um problema. Em sua visão, os médicos lucrariam podendo organizar suas agendas e realizar mais partos e nessa lógica teria um lado perdedor, as mulheres e seus filhos, que seriam acometidos aos “riscos” da cirurgia e ao valor “caro” do procedimento.

Avaliou como alto o índice desse tipo de parto e o lançamento da campanha “O direito de nascer direito” no dia 08 de março de 1991, Dia Internacional da Mulher, promovida pelo Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, “a exemplo de entidades médicas”. Deu o tom de prosseguir uma campanha já iniciada

⁵⁶ No período repórter de Saúde e Ciência na *Folha de S. Paulo*.

por esta categoria, e a considerou uma campanha conjunta aos profissionais de saúde e população em geral.

Para tentar fazer com que o país deixe de ser o único do mundo onde até 90% dos partos de uma maternidade são operações cesarianas, o Conselho Estadual da Condição Feminina, a exemplo daquilo já feito por entidades médicas, inicia no dia 8 uma campanha de incentivo ao parto normal junto a profissionais de saúde e população em geral, com o slogan “O direito de nascer direito” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4).

É importante refletir sobre o enunciado: “O direito de nascer direito”. Indicou que existiria uma forma, o jeito correto, uma norma a ser defendida, propagandeada e praticada. Além disso, quem teria o direito seria o feto/bebê, pois a campanha tratou do direito de nascer. Houve uma escolha retórica que priorizou enunciar o direito de nascer em relação ao direito de parir. Talvez se possa pensar que nascer e parir sejam sinônimos, que ao se falar sobre o direito de nascer se está falando sobre o direito de parir. Contudo, há um sujeito da ação nascer e outro sujeito da ação parir. Há como indicou Foucault, um dito e um não-dito. Há uma escolha enunciativa em escolher como sujeito de direitos da campanha o conceito, ao colocar o verbo nascer.

Há um apelo social ao instinto materno nesta campanha. A renúncia da parturiente do lugar de decisão. Este recurso discursivo, reinstaura o discurso do “instinto materno”, pois evoca que mulheres sejam mães devotadas, pensem em seus filhos primeiro, no nascimento deles e não em seus partos. Não protagonizem o momento de parir e o executem no modelo como é conhecido popularmente, “dar à luz”.

Ao mesmo tempo, haveria na campanha pelo nascer direito uma contraposição, uma ação e um sujeito errados (ou não reconhecido como sujeito). Se a campanha clamava pelo direito de nascer direito, isso poderia significar que, em contraponto, haveria algo errado nos nascimentos. Se a mãe é considerada socialmente a responsável pelo feto/bebê desde a concepção, gestação e durante o parto, nesse *slogan* ela poderia ser entendida como a responsável pelo andamento do parto bem como, pelo que eventualmente fugisse do campo da normalidade, pela ação errada e, assim, ocuparia o papel de sujeito errante.

Ao mesmo tempo, esse foco no nascer, indicaria que a escolha da via de parto pouco ou nada importava. O sujeito de direitos era o feto/bebê, ele que deveria ter seus direitos preservados naquele ato/momento. Desse modo, o enunciado

emblemático da campanha continha nas entrelinhas: a parturiente tem o dever de ser parte responsável pelo “nascer direito”, mas em contrapartida nenhum direito lhe é assegurado, já que não ocupa a posição de sujeito.

A jornalista mencionou estatísticas como justificativa para reduzir e conseqüentemente, limitar o acesso às cesáreas, não citou nenhuma fonte científica ou órgão de saúde, apenas que não deveriam ultrapassar 30%. “No Brasil, muitas cesarianas são feitas desnecessariamente a pedido da mulher – geralmente por desinformação – ou por sugestão do próprio médico, seja por comodidade ou insegurança” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4). Na *Folha de S. Paulo* ficou evidente que considerado “desnecessário” é o “pedido da mulher”.

Além da pouca confiabilidade na apresentação do percentual, há um julgamento da parturiente. A mulher que optasse por essa via de parto seria desinformada, acomodada ou insegura. Cabe, ainda, questionar: Se a cesárea foi um pedido da mulher, seria ela desnecessária? O pedido da mulher (independente de qual for) é desnecessário? Não deve ser considerado? E a sugestão do/a médico/a?

Não satisfeita em adjetivar a parturiente que recorreu à cesárea, Caldeira retomou os “perigos” desta via de parto, enfatizando a sua condição cirúrgica: “A cesárea traz consigo todas as complicações de uma cirurgia – perda de sangue, acidentes anestésicos, infecções no corte, trauma à musculatura.” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4). Além disso, a noção de risco foi investida no texto seguinte: “Cirurgia traz complicações”. O qual apontou outro problema decorrente da cesárea: “complicações respiratórias do prematuro, porque o pulmão dessas crianças ainda não está pronto para respirar” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4). E, novamente reiterou: “É um risco ao qual as mães expõem seus filhos sem necessidade quando elas se submetem a uma cesariana e há um erro na avaliação da duração de sua gravidez” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4).

Reiterando o objetivo do texto, Caldeira escreveu: “A intenção é mostrar que a mulher que se submete a uma cesárea sem necessidade está expondo a si e a seu filho a complicações imediatas e tardias” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4). Aqui, a mulher em uma cesárea era vítima da ação, submissa, não era considerada sujeito de escolha e de direitos, e, em contraponto, se algo errado acontecesse ao feto/bebê passava simultaneamente, a condição de sujeito passível de crítica,

mesmo que não tivesse sido sua a “escolha”, não tivesse o poder para tanto, pois, seu pedido/desejo tivesse sido desconsiderado.

Ainda, Marina Caldeira trouxe em seu texto outro problema em decorrência da cesárea: redução do índice de amamentação. Pela percepção do pediatra Júlio Toporovski: “No caso da mulher que fez cesárea, fica mais difícil cuidar diretamente da criança” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4). Por fim, Caldeira colocou que “os médicos concordaram também que entre as crianças que são amamentadas a mortalidade infantil é menor” (FOLHA DE S. PAULO, 04/03/1991, p. 4).

Os saberes disciplinares se apoiam em uma lógica binária (anormal *versus* normal), comparando indivíduos a partir de seus corpos, sexualidade, comportamentos, etc., buscando ferramentas, características, recorrências, dados, construir discursos para qualificar uns, ao mesmo tempo em que desqualificam/incapacitam outros. Nessa classificação, só há duas possibilidades para os corpos na sociedade do biopoder: ser dócil e economicamente útil ou ser rebelde ao sistema (doente/louco/criminoso). Este último seria um corpo improdutivo, resistente ao discurso hegemônico, desajustado à norma, ao “parir direito”, entendido nessa lógica como risco aos outros sujeitos, deveria ser adestrado, enclausurado ou eliminado.

Também foi localizado no Acervo Carmen da Silva, outro recorte do jornal *Folha de S. Paulo*, de 29 de outubro de 1990, no qual dedicaram uma página aos pais que queriam assistir ao nascimento/parto de seus filhos/suas companheiras. Contudo, um dos textos tem como título: “Cesárea deve ser último recurso”.

O maior impedimento para que o pai veja seu filho nascendo através de um parto normal é encontrar um médico que tenha competência, paciência e vontade de fazer esse tipo de parto. Uma boa maneira de se encontrar esse profissional é analisar sua clientela. Vá a seu consultório. Se todas as mães que estão na espera fizeram cesárea, sua mulher tem boas chances de ser a próxima (FOLHA DE S. PAULO, 29/10/1990, p. 8).

O que parecia ser uma matéria clamando pelo direito paterno de assistir ao parto, conquistado somente em 2005 com a Lei de direito ao acompanhante (nº 11.108), foi uma indução para que “o pai/parceiro” interferisse na escolha/via de parto, evitando a cesárea de “sua mulher”, com o argumento de que neste modelo de parto ele seria impedido de presenciar o momento.

O texto responsabilizou “o pai” a encontrar um médico competente, paciente e com vontade de “fazer” um parto normal, ao mesmo tempo, em que referenciou a

dificuldade de localizar tal profissional. Ainda, indicou que o pai deveria vigiar o espaço do consultório, analisar a clientela, se as mães passivas que estão na “espera” tiveram como desfecho uma cesárea ou não. Novamente, há a inserção de um homem como figura de poder na cena do parto. Nessa reportagem foi o “pai” que apareceu como ser ativo, quem poderia vigiar a conduta do médico e assim, fazer a escolha e compra do “tipo de parto”. E, ele não foi enunciado como um acompanhante ou representante dos direitos e desejos da companheira, ele era o sujeito de direitos, capaz de embate, quem poderia avaliar a prática médica e decidir.

Neste texto, há a repetição do enunciado, “cesárea como o último recurso” e a fala de um obstetra, recorrendo ao discurso científico, para associar o índice dessa via de parto ao poder de consumo.

A cesárea é, teoricamente, um último recurso. Só 10% a 12% das crianças deveriam deixar de nascer por parto natural ou induzido. “Nas maternidades classe A de São Paulo, cerca de 85% dos partos são cesarianas, principalmente por causa dos médicos”, afirma o obstetra Marcelo Zugaib. Existem várias explicações: inexperiência do médico, adequação do parto à sua agenda ou pressão da mulher e da família. A cesárea tem indicações definidas: mãe com bacia que não permite a passagem da criança; cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê; rompimento da bolsa sem o nascimento ou quando há sofrimento do feto (FOLHA DE S. PAULO, 29/10/1990, p. 8).

É interessante notar a preocupação biopolítica em enunciar as porcentagens dos partos (a classificação, o controle e vigilância), contudo, essas taxas são variáveis e com fontes pouco precisas ou não indicadas pelos jornais em análise. As explicações do jornal para a taxa de 85% de cesáreas são: inexperiência ou agenda do/a médico/a e pressão da parturiente e sua família. Em contraponto, aparecem indicações clínicas para o procedimento, apresentadas como os motivos justificáveis. Nesse contexto, a mulher não poderia desejar/escolher sua via de parto, ela faz “pressão”. A decisão caberia a quem domina o discurso científico e consegue identificar o quadro clínico, ou seja, o/a médico/a decidiria o modelo de parto.

Nessa primeira campanha foi possível analisar que a imprensa feminista anunciou diversas “entidades de mulheres” envolvidas e tentou compreender os motivos pelos quais as mulheres estariam optando pela cesárea (coagidas ou não), desconstruindo mitos como o da “mulher larga” após o parto normal e colocando

uma Casa de Parto como o local de “nascer direito”. Já na imprensa tradicional, foi mencionado que o Conselho Estadual da Condição Feminina (São Paulo) junto a entidades médicas eram os promotores da campanha. A ênfase das matérias foi no risco que a cesárea poderia acarretar, sobretudo ao bebê. A cesárea foi apresentada como “modismo”, bem de consumo e um parto caro. Trouxe a expressão “cesárea desnecessária” e julgamentos para a parturiente que a escolheu: desinformada, acomodada ou insegura e que ela estaria expondo o conceito aos perigos. Diante de tal incapacidade, a *Folha de S. Paulo* considerou que o “pai/parceiro” deveria interferir escolhendo um médico que fizesse o parto normal, já que a cesárea deveria ser “o último recurso”.

Ao final da década de 1990, outra campanha de incentivo ao parto normal foi lançada. O jornal *Fêmea* do CFEMEA, em setembro de 1997, veiculou a notícia de que o Conselho Federal de Medicina lançaria uma campanha de amplitude nacional, no mês seguinte, de incentivo ao parto normal, com a intenção de divulgar materiais de “fácil acesso para a mulher”.

O Conselho Federal de Medicina, órgão de fiscalização e normatização do exercício profissional da medicina, lançará em outubro uma Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal. Essa Campanha é o primeiro passo de uma luta que pretende envolver o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, OAB, CNBB etc. Inicialmente o material de divulgação a ser utilizado é o cartaz, mas a intenção do conselho é viabilizar outras formas que sejam de fácil acesso para a mulher. A Campanha será lançada durante o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina no dia 10 de outubro (FÊMEA, 1997, p. 12).

Esta campanha tinha, portanto, posturas diferentes da primeira “O direito de nascer direito”, na qual foi possível observar movimentos estaduais em São Paulo, Rio de Janeiro e Goiás e não havia menção às mulheres como destinatárias da campanha. Também é notável que o Conselho Federal de Medicina encabeçou esta campanha, buscando alianças com instâncias do governo, do judiciário e da Igreja Católica.

Também no mês de setembro de 1997 o jornal *Mulheres em dados - Informativo mensal sobre a mulher paulista* da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁵⁷ – Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo – dedicou a capa do folhetim ao texto de Simone Grilo Diniz, médica sanitária,

⁵⁷ Para mais informações: O site do SEADE. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/institucional/quem-somos/historico/> Acesso em: 11 jun. 2022.

coordenadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde na época: “Humanização do parto normal”. No artigo foi feita a denúncia da “cirurgificação” dos eventos reprodutivos.

Por que no Brasil existe uma forte tendência à “cirurgificação” dos eventos reprodutivos, em especial da contracepção e do parto, mesmo com tanta evidência de que estes procedimentos são usados de forma abusiva e distante das indicações propriamente “clínicas” que os justificariam? No nosso caso, há uma combinação perversa entre vários fatores. (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p).

Essa palavra “cirurgificação” foi utilizada por Diniz no sentido de evidenciar a recorrência de cirurgias nos eventos reprodutivos, considerada por ela “abusiva”, “sem justificativa clínica” e “perversa”. Logo em seguida, a autora comentou a “dramática” e “arriscada” “peregrinação” pelo chamado “parto normal”:

A não ser que optem por uma cesárea agendada, devido ao problema da **organização dos serviços e do acesso a um leito obstétrico**, as mulheres têm que enfrentar a dramática e arriscada situação de peregrinar de serviço em serviço em busca de assistência. Outro fator importante é a **centralização da assistência na figura do médico** e a má formação dos profissionais, cada vez mais voltados para a incorporação de tecnologia e menos preparados para a relação interpessoal que a assistência ao parto demanda. **A falta de atenção à evidência empírica sobre a segurança e a utilidade dos procedimentos** faz com que, no Brasil, o parto “normal” caracterize-se por uma sucessão de procedimentos já formalmente contraindicados pela OMS, como o uso de rotina da posição horizontal, dos enemas, da tricotomia, da episiotomia, da restrição alimentar, entre outros, resultando num parto mais desagradável, demorado, arriscado e doloroso tanto para mulheres como para crianças (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p, grifo da autora).

Para Diniz o “parto normal” resultaria em um “parto mais desagradável, demorado, arriscado e doloroso” cujos procedimentos são considerados “formalmente contraindicados pela OMS”. Nesse sentido, a normalidade deste tipo de parto, parecia estar centrada na dificuldade de acesso à assistência obstétrica e a falta de segurança quando era possível acessá-la. Diniz também observou a compreensão do parto como patológico: “[...] patologia, que provoca sempre uma dor insuportável é um “dano” sexual na mulher (o chamado mito da lesão genital) é ainda defendida por profissionais e incorporada pelas pacientes e seus parceiros”. (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p).

A potente crítica de Diniz, uma médica feminista engajada, instaura um novo quadro, indicando essa fronteira entre normalidade (sem acesso à saúde ou uma assistência de risco) ou de anormalidade (doença, dor e dano) onde figurava o

“parto normal” dos anos de 1990. Nesse cenário violento, a cesárea despontaria como alternativa.

Para as mulheres, a cesárea é oferecida como uma alternativa “preventiva” para escapar do parto, como uma patologia. Para os profissionais e serviços, a cesárea significa trocar o imponderável parto de muitas horas por um procedimento agendável em meia hora, que pode ser “acrescentado” da laqueadura, num contexto de **faltas de opções contraceptivas e de exclusão dos parceiros da responsabilidade com a contracepção** (o que se torna mais dramático no contexto da epidemia de Aids, que atinge cada vez mais mulheres casadas e monogâmicas). **A falta de controle social** sobre as práticas de saúde e sobre a utilização dos poucos recursos disponíveis também contribui para este quadro. (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p, grifo da autora).

Com os enunciados “alternativa preventiva” e “procedimento agendável em meia hora” a cesárea deu o tom de normalidade na parturição, afinal é o “parto programado”, em contraponto ao método vaginal que instaurava um quadro de imprevisibilidades e violências, um parto patológico. Para Diniz a situação poderia ser revertida com uma nova forma de “encarar o parto”:

Esta situação pode ser revertida pela prestação de uma assistência humanizada ao parto normal, que estimule as mulheres e seus parceiros/famílias a encarar o parto como evento humano, em que a tecnologia está de fato disponível, porém submetida às necessidades das mães e crianças e não dos profissionais e instituições. A assistência obstétrica não pode mais se caracterizar por oferecer tecnologia arriscada e inadequada ao parto normal e não oferecer tecnologia segura e adequada ao parto “anormal”, mas sim ser orientada pelos marcos dos direitos reprodutivos e dos direitos humanos na saúde. Isto demanda uma mudança radical, urgente e viável na cultura sexual-reprodutiva, na organização de serviços e na formação de seus recursos humanos, e da qual devem participar todos os setores envolvidos. (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p).

A médica feminista estabeleceu o quadro do parto normal e do anormal: parto normal com tecnologia arriscada e inadequada (vaginal) e o parto “anormal”, com tecnologia segura e adequada (cesariana). Para Diniz, mudar estes quadros envolveria a participação da sociedade orientada pelos direitos reprodutivos e pela assistência humanizada, na qual o parto pudesse ser entendido como evento humano e a tecnologia submetida às necessidades das “mães e crianças”.

Na mesma página, um texto sem autoria, com o título “Parto Normal: Dê passagem” divulgou a campanha do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo junto ao Conselho Federal de Medicina. O jornal citou indiretamente o

presidente do conselho de SP: “Segundo seu presidente, Pedro Paulo Monteleone⁵⁸, impõem-se intervenções urgentes não só para reduzir a incidência de cesarianas, mas para aprimorar a assistência obstétrica, diminuindo as mortalidades materna e perinatal” (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p).

O jornal defendeu que “é fundamental, para o equacionamento do problema, um maior envolvimento da área médica e da própria sociedade”. Mencionou que o CRM estava promovendo simpósios com profissionais da saúde, bem como “estimulando, em conjunto com a área da enfermagem, a formação de enfermeiras obstétricas [...] para possibilitar a uma assistência condigna, reduzir o número de cesáreas e diminuir os índices de mortalidades materna e perinatal” (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p).

Por fim, na página seguinte constaram pequenas chamadas informando que em 1996 a taxa de cesáreas no Estado de São Paulo foi de 52%; fazendo uma correlação entre escolaridade e prática do parto cirúrgico (entre 1991 e 1996): “Quanto maior o nível de instrução, maior a prática da cesárea. [...] 84% das mulheres paulistas com mais de 11 anos de estudo realizaram partos cesarianos. Entre aquelas com menos de 4 anos [...], o percentual foi de 29%”; observando que “a prática da cesárea cresce com a idade. Em 1995, no grupo de 15 a 19 anos, 38,7% dos partos foram por cesáreas; de 20 a 25 anos, 45,7%; de 25 a 29 anos, 55,1% e de 20 a 34 anos, 60%.”; relacionando via de parto e esterilização no ano de 1996 (74,4% das esterilizações foram realizadas durante as cesarianas e 8,7% após o parto normal); e contabilizando no referido ano “a mortalidade decorrente de complicações cesarianas, referentes às internações para partos, no âmbito do SUS, foi 3,7 vezes maior do que a observada em partos normais no Estado” (MULHERES EM DADOS, 1997, s/p). O controle biopolítico do parto evidenciou a cesárea como prática preferida entre as mulheres mais escolarizadas, a relação entre cesárea e esterilização e cesárea e mortalidade materna.

Em fevereiro de 1998 o *DITO E FEITO - Boletim Informativo do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher* (CNDM) noticiou com a manchete “Saúde materna e direito reprodutivo”, que o Ministério da Saúde havia começado a coordenar um

⁵⁸ Ginecologista, obstetra e professor adjunto de Obstetrícia da Universidade Federal Paulista (EPM-Unifesp) de 1968 a 1996, conselheiro do CREMESP de 1993 a 2003 e presidente dessa entidade de 1997 a 2000.

projeto para reduzir o índice de cesáreas no Brasil, correlacionando a diminuição das cesáreas a um direito.

Um projeto coordenado pelo Ministério da Saúde, baseado no programa Epidemiologia da Cesária nas Américas, do Centro Latino Americano de Perinatologia, realizou um levantamento em 100 maternidades brasileiras e apontou um número exagerado de cesárias no país. Dados apresentados pela coordenadora Elcylene Leocádio, durante o Seminário sobre Saúde da Mulher e Qualidade de Vida, organizado pelo CNDM em Brasília, mostram que o número de óbitos registrados pelo SUS em cesárias (6,2%) é três vezes maior do que nos partos normais (2%) ou nos abortos (2%). “A discussão da cesárea é polêmica nos serviços de saúde, já que trabalhos científicos demonstram que este é um procedimento de maior risco”, afirma a coordenadora (DITO E FEITO, 1998, p. 10).

O CFM divulgou a ação com foto da atriz “Malu Mader”⁵⁹, que protagonizou diversas telenovelas de alta popularidade e que teve dois partos normais, vestindo a camiseta com o lema “Natural é parto normal”. O boletim afirmou que a Campanha tinha “o objetivo de reduzir os índices de cesárias nos hospitais brasileiros” (DITO E FEITO, 1998, p. 10) e estava sendo veiculada em todo o país com o apoio do Ministério da Saúde e dirigida pela médica Elcylene Leocádio.

⁵⁹ Maria de Lourdes da Silva Mäder, entre diversos trabalhos de encenação, no ano anterior (1997) à edição do jornal, protagonizou uma série na TV Globo em que era uma policial, “Diana”, que matava acidentalmente um colega e se afastava da carreira, mas depois retornava à corporação em um grupo secreto de combate ao crime (como o tráfico de mulheres no Rio Negro em Manaus e a busca por um assassino de homossexuais em Brasília) para, em troca de seu trabalho, usar as forças policiais na localização de seu filho que havia sido sequestrado. Esse drama materno e social teve por título “A Justiceira”. No período, em sua vida real, Malu ficou grávida do segundo filho e a série foi finalizada às pressas.

Figura 1: Malu Mader e a Campanha “Natural é parto normal”.



Fonte: DITO E FEITO (1998, p. 10).

A matéria também abordou a deficiência do número de médicos/as disponíveis no país, sobretudo de ginecologistas, apenas 22 mil, além da

distribuição desigual entre os estados. Ao final, trouxe a preocupação com “o alto índice de laqueaduras realizadas em mulheres com idade inferior a 25 anos” (DITO E FEITO, 1998, p. 10) e que muitas delas, de acordo com Leocádio “não sabem que a laqueadura é um método definitivo e acabam se arrependendo” (DITO E FEITO, 1998, p. 10).

De acordo com a imprensa feminista, não menos empenhado que a categoria médica com a campanha, estava o movimento feminista. O folhetim *Carta da CEPIA*⁶⁰, em março de 1998, declarou o apoio das feministas à campanha em sua manchete: “Feministas assessoram a Campanha ‘Natural é Parto Normal’”.

Idealizada e coordenada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), essa campanha pretende questionar a chamada “indústria da cesariana”, que tem caracterizado o atendimento ao parto no Brasil, transformando a cultura do que se criou em torno dessa questão. Valorizando o parto normal, com todas as vantagens que apresenta tanto para as mulheres, como para os bebês e para o sistema de saúde, a Campanha estará promovendo espaços de debate e desenvolvendo estratégias de informação e comunicação. (CARTA DA CEPIA, 1998, p. 17).

De acordo com o jornal, a campanha tinha por objetivo “questionar” a “indústria da cesariana”, o modelo hegemônico de atenção ao parto e “transformar a cultura” “valorizando o parto normal” e suas “vantagens”. A matéria também citou todos os apoios institucionais brasileiros e internacionais recebidos pela Campanha:

Ministério da Saúde; secretárias e conselhos estaduais e municipais; associações médicas como a FEBRASGO, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Associação Brasileira de Enfermagem e o Conselho Federal de Psicologia; Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM); Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; Comissão de Cidadania e Reprodução; Instituto de Saúde de São Paulo; Direção Executiva dos Estudantes de Medicina; RedeSaúde; outras organizações de mulheres e organizações internacionais como UNICEF, FNUAP e OMS (CARTA DA CEPIA, 1998, p. 17).

A *Rede Fax* (Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos)⁶¹ em fevereiro de 1998 lançou uma nota com o título “Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal” de que o CFM estava divulgando “um vídeo apresentando dois depoimentos favoráveis à Campanha: o primeiro é da antropóloga Ruth Cardoso e o segundo, da atriz Malu Mader” (REDE FAX, fev./1998, p. 3). Já em maio de 1998 informou os “incentivos” ao parto normal:

⁶⁰ Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA) é uma ONG que atua na execução de projetos, sobretudo na área de direitos humanos das mulheres.

⁶¹ Informativo da Rede Feminista de Saúde que veiculava notas via fax.

o reajuste do valor pago em partos naturais no SUS pelo Ministério da Saúde e o estabelecimento de um número limite de cesáreas aos hospitais conveniados ao SUS que “só poderão realizar um máximo de 40% de partos cirúrgicos, percentual que será reduzido para 37% no 1º semestre/99, para 35% no segundo semestre e para 30% a partir do ano 2000” (REDE FAX, mai./1998, p. 2). Os incentivos, em realidade, eram portarias que limitavam a prática da cesárea, ou seja, o governo diretamente regulando a via de parto.

As raízes do Sistema Único de Saúde (SUS) remontam lutas sociais das décadas de 1970 e 1980 pela Reforma Sanitária. Mas nesse momento interessa compreender que dois modelos concorriam na saúde brasileira na década de 1990: o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO; MATOS, 2009). Dois projetos antagônicos no que diz respeito ao direito universal à saúde, a ação do Estado como regulador do “mercado” da saúde, à descentralização das políticas para estados e municípios e a participação popular.

Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade –, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social. A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 26).

Os anos 1990 e os governos de Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) foram marcados por uma gestão neoliberal, de aumento da iniciativa privada e das organizações não governamentais (ONGs). Bravo e Matos (2009) apontaram como um período de disputa de dois projetos: o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Para Krüger (2014, p. 219): “A implementação do SUS nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e recentralização”. Esse contexto expôs o quanto o viés econômico pautou as ações políticas sobre o parto, conforme se observou na análise dos jornais.

O enquadramento e o reenquadramento são possíveis devido à fragmentação dos sujeitos às práticas de objetivação impostas por esses enunciados. O enquadramento captura parte desses discursos e deixa outros de fora, que em outro momento, podem vir a compor novos quadros. Essa contínua fragmentação flexível dá vida e alimenta a norma enquanto organismo social. Para Foucault, o sujeito nunca escapa da norma, pois está preso a relações de poder e regimes de saber. Entretanto, esse assujeitamento é continuamente refeito, com a reiteração do enunciado das taxas de cesárea. Ele é uma regularidade que não sufoca a dispersão, do mesmo modo que a norma é mutável, mesmo que imperceptivelmente em um curto espaço de tempo. O ressignificar do parto normal e a tentativa de instauração dele como regra alterou a produção e o entendimento discursivo dos partos considerados fora da norma.

Assim, se observou que o poder não é estanque. O quadro normativo é pautado por práticas e discursos de obediência e resistência. Ao mesmo tempo em que discursos de controle vão sendo elaborados, principalmente pelo viés econômico, discursos de resistência surgem para tencionar esse espaço da parturição, como o debate que insere o parto no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

Ao utilizar o *slogan* da campanha “Natural é parto normal” como manchete um jornal foi o único da imprensa feminista a colocar esta discussão no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos e da autodeterminação. A *REDIR – Rede de Informação sobre saúde, sexualidade e direitos reprodutivos* do município de Juiz de Fora e região da zona da mata mineira (MG) – expôs que a meta da campanha era atingir a prestação da assistência, a elaboração de políticas públicas e a opinião pública “para sensibilizar e mobilizar a população juiz-forana e região quanto à importância de nos informarmos cada vez mais sobre os chamados direitos sexuais e reprodutivos” (REDIR, 1998, s/p.).

Ampliando o conjunto dos direitos sociais, civis e políticos inerentes à cidadania, os direitos sexuais e reprodutivos visam assegurar não só a preservação da saúde, mas, o respeito à autodeterminação no tocante às escolhas sexuais e reprodutivas, devendo ser reconhecidos como direitos humanos (REDIR, 1998, s/p.).

Para o informativo, as escolhas sexuais e reprodutivas deveriam ser entendidas como direitos humanos e inseriu o parto nesse contexto do “respeito à

autodeterminação”. No entanto, na sequência do texto trouxe o dado da OMS de que “o total de partos cirúrgicos não pode ultrapassar o limite de 15%, considerando tal indicação somente quando há risco de vida para a mãe, o feto ou para ambos.” (REDIR, 1998, s/p.). Chamando a cesariana de “via operatória” e a relacionando à mortalidade materna, REDIR justificou a necessidade de reduzir este procedimento incentivando a valorização do parto normal através da execução de um projeto biopolítico.

A mortalidade materna cresce em até 12 vezes e a morbidade em 7 a 20 vezes, no parto por via operatória. Lamentavelmente, Juiz de Fora possui altíssimos índices de cesariana, atingindo em 1997 um percentual médio de 63,2%, chegando a ultrapassar 90% do total de partos em determinadas maternidades. Em abril do corrente ano, preocupada com os altos gastos do SUS/JF com este procedimento e atendendo aos apelos de alguns profissionais seriamente preocupados com a gravidade de tal situação, a Secretaria Municipal de Saúde criou uma Comissão Interinstitucional, visando reduzir a utilização da cesariana no município. A comissão tem o objetivo de alertar à população e profissionais de saúde para o fato da cesariana ser uma intervenção cirúrgica, devendo ser realizada somente quando tecnicamente indicada. Um plano de ação a ser executado a curto, médio e longo prazo foi elaborado para desencadear no município um movimento de valorização do parto normal e de humanização do atendimento obstétrico (REDIR, 1998, s/p.).

Apesar de o texto ter forte apelo à saúde, citando dados sobre mortalidade e morbidade, deixou evidente a relação entre incentivo ao parto normal e economia: “altos gastos do SUS/JF [...] visando reduzir a utilização da cesariana”. Para tanto, houve um empenho de reflexão, ou de convencimento sobre a necessidade de mudar o parto/nascimento (REDIR, 1998, s/p.).

Busca-se refletir junto aos vários segmentos (população em geral, especialmente as mulheres, profissionais de serviços de assistência à saúde da mulher, gestores das maternidades locais, Conselho Municipal de Saúde, etc.) a necessidade de mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento adotado em J. Fora (REDIR, 1998, s/p.).

Por fim, citou a promoção de atividades como uma visita à Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, em Niterói (RJ) e uma mesa de debates com representantes da Maternidade Leila Diniz na cidade do Rio de Janeiro e da Maternidade Sofia Feldmman em Belo Horizonte, “consideradas serviços de referência no país, por conseguirem aliar reduzidos índices de cesariana e outras intervenções comumente

associadas ao parto, a excelentes indicadores de saúde maternos e neonatais.”(REDIR, 1998, s/p.).

Em matéria de Aureliano Biancarelli⁶² foi divulgado que o CRM de SP estava promovendo a campanha do CFM “Normal é parto natural”, cujo objetivo era “derrubar o altíssimo índice de cesáreas no país”. Mencionou que a atenção inadequada ao parto liderava as queixas no CRM de SP e em virtude disso, a campanha estava sendo desenvolvida em quatro cidades do estado, começando pela mudança no currículo das escolas de Medicina. O médico Pedro Paulo Monteleone (presidente do Conselho) afirmou: “enquanto um sextoanista de medicina é capaz de fazer uma cesariana, a assistência a um parto normal exige um especialista”. Dimensionando que a prática do parto normal demandaria um grau mais elevado de conhecimento do/a médico/a (FOLHA DE S. PAULO, 18/09/1997, s/p.).

Na mesma edição, outra matéria de Biancarelli evidenciou que “52% dos nascimentos de SP acontecem por cesárea”, conforme pesquisa da Fundação Seade em 1996. “Os números colocam o país como campeão mundial de cesáreas. O procedimento, que deveria ser restrito a partos de risco, passou a ser regra no país”. O jornalista buscou vozes não governamentais para sua matéria: O obstetra Hugo Sabatino do Grupo de Parto Alternativo da Unicamp afirmou que “Uma cesárea representa para a mulher 12 a 30 vezes mais risco que um parto natural”. Biancarelli também buscou a “Rehuna – um grupo que luta pela humanização do parto” que defendeu a cesárea como um risco maior e, a médica Simone Diniz do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, que disse: “Vivemos uma cultura da cesariana incentivada pelos obstetras e forçada pela falta de leitos e pela falta de infra-estrutura dos hospitais”. O jornalista também informou que de acordo com a Fundação Seade “as mulheres mais cultas são as que mais realizam cesáreas” e que “74,4% das esterilizações em 1996 no Estado foram feitas durante cesarianas” (FOLHA DE S. PAULO, 18/09/1997, s/p.). .

Biancarelli também foi o autor de outra reportagem na mesma edição da *Folha de S. Paulo* em que evidenciou que o “SUS faz cerca de 400 mil cesáreas desnecessárias por ano” (FOLHA DE S. PAULO, 18/09/1997, s/p.). Esta foi a

⁶² Jornalista já referido na introdução.

conclusão de uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e divulgada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC).

A *Consumidor S.A.* – Revista Independente em Defesa do Consumidor do IDEC⁶³ em setembro de 1997 lançou a capa “Brasil: campeão mundial de cesarianas”, dedicando-se ao assunto. Articulando que “A taça do mundo das cesarianas é nossa” o artigo principal da revista apresentou a referida pesquisa com aproximadamente 700 mil autorizações de internação hospitalar, indicando que quase um terço dos partos realizados no Brasil são cesarianas e que esta é a maior taxa do mundo (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 17).

A revista se valeu da metáfora da taça e de campeonato mundial, apropriando-se do marketing do futebol, em um ano que o Brasil disputou (e venceu em dezembro) a Copa das Confederações FIFA, para anunciar uma pesquisa científica e atestar o título de campeão mundial de cesáreas ao Brasil relacionando com outros países, tal como em um campeonato.

Em cada cem mulheres que dão à luz em internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 32 o fazem pelo método cirúrgico, enquanto em países desenvolvidos esse índice varia de 7,5% (Áustria) a 25% (EUA). Isso representa – ao contrário do que muitas gestantes e até médicos pensam – maiores riscos para os bebês e para as mães, mais tempo na maternidade e dinheiro público gasto à toa. Numa estimativa tolerante, em 1995 teriam sido feitas 344 mil cesarianas sem necessidade, nas quais teriam sido queimados R\$ 51 milhões (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 17).

O público alvo da revista eram consumidores e a matéria sobre a cesárea ganhou a capa. Isto indica o quanto o tema do parto estava “na ordem do dia” e em disputa econômica e midiática. A abordagem enfatizou aspectos econômicos: internações financiadas pelo SUS; contraste com o número menor de cesáreas em países desenvolvidos; maiores riscos e mais tempo de hospitalização, “dinheiro público gasto à toa”, “cesarianas sem necessidade” e alusão ao dinheiro “queimado”.

Concluiu a partir da pesquisa de Lynn Silver da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que compilou autorizações de internação hospitalar (AIHs) no SUS (entre dezembro de 1994 e fevereiro de 1995) que “várias razões podem ser apontadas para essa ‘epidemia’, inclusive, a oportunidade propiciada pelo ato cirúrgico, de fazer a laqueadura de trompas, talvez o método anticoncepcional mais usado no país”. (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 17).

⁶³ Edição localizada no Acervo Carmen da Silva.

Não mencionou as “várias razões” para a dita “epidemia” e nem mostrou interesse em conhecê-las ou apresentá-las aos leitores/leitoras afirmando que “sejam quais forem os motivos, porém, o fato é que, com as AIHs, está oficialmente documentado que as mães brasileiras estão correndo riscos e os cofres públicos estão sendo drenados sem necessidade” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 17).

Recorreu à pesquisa científica para dar legitimidade, sem abordar seus dados, apelou à figura da mãe brasileira, mas sem se importar com os motivos pelos quais essas mulheres escolheram ou são colocadas na situação da cesárea. Neste impresso há também menção ao risco, mas o que “grita” (seu foco) são os cofres públicos “sendo drenados”.

Com o subtítulo “cultura da cesárea” sustentou, baseado no estudo de Silver, “a existência de uma cultura nacional da cesariana, que supera as marcas de qualquer outro país do mundo” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 17). Utilizando de um recurso linguístico a um dos eventos/esportes que mais mobiliza o país, o futebol, construiu a intertextualidade relacionando-o ao tema do parto cesáreo.

Ao mencionar a incidência de cesáreas custeadas pelo SUS em hospitais particulares, indicou que um público específico, economicamente privilegiado, está acessando-as. Além disso, este seria “um parto 84% mais caro” que “sangra os cofres públicos” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 18). A revista, ainda, comparou os gastos entre um parto normal e a cesárea fazendo uma média das despesas declaradas nas AIHs (dados de 1995): R\$ 179, 27 para o parto normal e R\$ 329, 41 para a cesariana, afirmando que “a cirurgia é mais cara também porque o tempo de internação é 57% maior” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 18).

Apesar desse movimento declarado contra a prática da “cultura da cesárea” a revista assumiu que “não se sabe qual seria a taxa de cesárea recomendável para o Brasil” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 18). Contudo, mencionando a pesquisa de Lynn Silver a revista disponibilizou os dados por Estado em uma tabela e afirmou que “anualmente, dependendo da referência, são realizadas no país, 120 mil a 558 mil cesarianas desnecessárias. Com isso, o SUS gastou à toa, em 1995, algo entre 17,8 milhões e 83,4 milhões de reais (valores não corrigidos)” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 19).

Entre as páginas 18 e 19 a revista criou um quadro intitulado “verdades e mentiras”, explicando que a cesariana “não é uma intervenção simples. É uma cirurgia em que se abre a parede abdominal e é feita uma incisão no útero para remover o bebê e a placenta. Como princípio geral, a cesárea só deve ser feita para evitar complicações” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 19). Mencionou questões técnicas como o risco de sofrimento fetal e logo em seguida, trouxe novamente a noção de risco afirmando que “como toda cirurgia, a cesariana é um procedimento invasivo e comporta riscos” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 18).

Ao final, trouxe o que chamou de “falsas crenças associadas à cesariana”, usando o recurso em itálico para dar a ideia de que eram frases proferidas: “*A cesárea não dói [...]; O parto normal deforma o corpo e compromete a atividade sexual posterior [...]. Uma vez cesariana, sempre cesariana [...]; A cesárea contribui para a redução da mortalidade infantil [...]*”. Contestou todas as assertivas e concluiu: “Cuidados pré-natais e apoio social e econômico às gestantes são de longe os fatores mais importantes na prevenção da mortalidade infantil – e para o sucesso de um parto” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 19, grifo da revista).

No outro subtítulo “Por que tantas cesáreas?” chamou o fenômeno novamente de “epidemia de cesarianas”, fazendo essa menção patológica e defendeu que possuem causas perceptíveis na AIHs e “outras encobertas nos documentos, mas conhecidas pelos profissionais que atuam na área” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 19). Desse modo, a revista elencou as causas que considerou, iniciando com a possibilidade de esterilização via cesárea:

Chance de laqueadura – É a grande razão oculta que nunca aparece na AIH. [...] é o principal método anticoncepcional brasileiro, ao contrário do resto do mundo [...]. Esta é uma das explicações possíveis para o fato de que apenas um terço das AIHs examinadas por Lynn apresentava um diagnóstico com uma justificativa médica para a realização da cesariana (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 19-20).

Essa ligação entre cesárea e esterilização foi recorrente nos impressos. Na sequência, foi indicado o fator econômico, sugerindo que o médico ganharia mais tempo e dinheiro com a opção cirúrgica:

Preço mais alto – Como se viu, o custo total de uma cesárea é 84% maior que o de um parto normal, e esse valor é reembolsado pelo SUS. Melhor para o hospital – e para o médico também. Embora o pagamento pela cesariana não seja maior, ele não precisa esperar pelo trabalho de parto

normal, que pode levar até 24 horas, e ganha mais tempo e dinheiro fazendo mais cirurgias que duram meia hora (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 20).

A revista também notou que no caso do parto normal o SUS não cobriria a “analgesia”, submetendo as parturientes sem condições financeiras à dor.

Falta de anestesia para parto normal – É piada de brasileiro, mesmo. Apesar de o procedimento anestésico para parto normal ser similar ao do cesáreo, o SUS não o cobre porque considera tratar-se de uma “analgesia”, e não “anestesia”. Assim, ou a paciente faz o parto normal sem aliviar a dor ou paga ao anestesista à parte (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 20).

A postura do impresso ironizou dizendo que é “piada de brasileiro” diferenciar analgesia de anestesia e negar o acesso gratuito ao primeiro recurso, fazendo com que pacientes optem pela cesárea no intento de aliviar a dor. O próximo fator listado foi a má informação sobre temas reprodutivos e falta de acesso aos serviços de saúde.

Desinformação – A população é mal informada sobre todos os procedimentos relacionados à reprodução, a começar pelos vários métodos anticoncepcionais. Algumas gestantes chegam à maternidade sem ter feito um único exame pré-natal, numa situação de risco. Outras são aconselhadas por alguém, médico ou não, a fazer a cesariana, por ser mais rápida, e aceitam sem conhecer os riscos dessa opção. Muitas preferem a cirurgia por medo da dor do parto normal e crença em outros mitos, alguns realmente absurdos. A ex-jogadora de basquete Hortência marcou o dia e a hora de nascimento de seu primeiro filho baseando-se num mapa astral!!! (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 20).

A matéria considerou no campo da desinformação, a rapidez da cesárea, o medo da dor do parto normal e o que chamou de mitos “absurdos” como o agendamento do parto baseado em mapa astral. Pontos que poderiam ser considerados pela via de escolha da mulher e, não somente, como desinformação. Por fim, o último quesito julgou a habilidade médica: “Conveniência do médico - A cesárea exige menos conhecimento e habilidade do profissional. Enquanto o procedimento da cesariana é quase programável como uma receita de *fast food*, um parto normal é mais ‘artesanal’” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 20-21). Ainda, de acordo com *Consumidor* S.A. (1997, p. 21) a pesquisa de Silver comprovou a prática que “os obstetras chamam de cesariana-Guarujá (nome de uma cidade praiana paulista): para não perder o fim de semana, as cesarianas são marcadas para os dias úteis”.

Na página 20, há um box explicando como foi feita a pesquisa da médica Lynn Silver “Monitoramento e avaliação rotineira da qualidade e distribuição da assistência obstétrica hospitalar” foi realizada entre dezembro de 1994 e fevereiro de 1995, computando dados 693.482 partos em 3.853 hospitais públicos e privados do país. Os dados das autorizações de internação hospitalar (AIHs) eram recolhidos e preparados mensalmente pelo DataSUS, que segundo a pesquisa de Silver é “um dos mais completos sistemas de informação hospitalar do mundo. [...] dados valiosos, contudo subaproveitados. Não há uma ação efetiva para mudar essa situação” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 20).

O último subtítulo “Marketing, controle e formação” indicam as “três frentes”, que podem ser entendidas como biopolíticas, sugeridas pelo trabalho de Silver para “combater a ‘epidemia da cesárea’”: campanhas e políticas de incentivo ao parto natural, o monitoramento das taxas de cesariana por hospital e por médico/a e ampliar a formação de enfermeiras obstetras e o “manejo do parto normal nas faculdades de Medicina e na residência em Obstetrícia” (REVISTA CONSUMIDOR S.A., 1997, p. 21).

Já, na data de 26 de outubro de 1999, a campanha coordenada pelo Hospital São José da cidade de Paiçandu (PR) que “pretende reduzir partos cesarianas distribuindo a gestantes brindes, como panelas de pressão, enxovais e isenção de IPTU” foi divulgada. A campanha “dos brindes” contou com o apoio do Conselho Municipal de Saúde, Associação Comercial (que distribuiu os brindes), Pastoral da Criança e Secretaria Municipal de Saúde e funcionava de forma bastante objetiva: “Toda gestante que optar pelo parto normal, ganha o prêmio”. A campanha gerou controvérsias e uma integrante do CRM do PR disse ser contra a distribuição de brindes. Para Raqueli Burkiewicz, os índices só mudariam por meio de políticas educativas, já que a cesárea agendada “representa uma comodidade para o médico” e “também deve se levar em conta a exigência da gestante que, na maioria dos casos, prefere a cirurgia para evitar a dor de um parto normal” (FOLHA DE S. PAULO, 26/10/1999, s/p.).

O que está colocado na discussão da *Revista Consumidor S.A.* e na *Folha de S. Paulo* estabelece o quadro: Quanto vale a vida das mulheres? Não vale o custo de uma cesárea? Uma panela de pressão ou um enxoval? Qual a função social do Estado para com as mulheres? Certamente não deveria ser distribuir brindes em troca de convencimento pelo parto normal.

Em 17 de junho de 2000 a *Folha de S. Paulo* noticiou “Cai número de cesarianas na rede pública” (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.). Observando a cidade de São Paulo evidenciou a redução dos partos cesáreos no SUS. “[...] baixou de 45% do total de partos para cerca de 33%, de 1997 para 1999”, enquanto na rede privada eles aumentaram “de 75,2% para 79,6% no mesmo período”, como resultado de uma portaria do Ministério da Saúde. “Esse limite, em vigor desde 1998, inicialmente era de 40% e foi sendo reduzido gradualmente pelo governo. No primeiro semestre deste ano chegou a 30%. Agora, baixou para 25%, segundo a portaria 466”. A portaria limitou o número de cesáreas e previu que o hospital que ultrapassasse o percentual não receberia pelo procedimento. O jornal explicou o aumento das cesáreas no âmbito privado como consequência da redução das mesmas no SUS, via convênios como “os chamados ‘pacotinhos’ (pacientes do SUS acertam a realização de cesáreas particulares pagando um valor mais baixo)”. Isto significa que não haveria redução real dos números da cesárea, apenas uma transferência da rede pública para a privada, no caso daquelas mulheres que via convênio conseguiram negociar o “pacotinho” (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

Na matéria foi chamado o médico obstetra Pedro Paulo Roque Monteleone (ex-presidente do CRM de São Paulo), e professor da Escola Paulista de Medicina, que disse

Não se faz medicina por decreto. A questão é cultural. A cesárea representa um risco três a quatro vezes maior para a mulher, mas o parto normal é desestimulado desde a recepção do hospital. Além disso, o médico não sabe fazer e acha mais cômoda e segura a cirurgia com hora marcada. (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

Para Guaraci Garcia (coordenador do Programa de Saúde da Mulher de Rio Preto) a portaria é “totalmente equivocada”, porque “coloca só as mulheres carentes para reduzir o alto índice de cesarianas”. Também afirmou que “o médico consciente não pode ser conivente com a mulher que exige cesariana. Deve informar sobre os riscos e convencê-la a tentar o procedimento natural” (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

Na mesma linha de pensamento, Albertina Duarte Takiuti (médica responsável pelo Programa da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde), “concorda que não se reduz cesarianas com portaria. ‘É preciso fazer um bom trabalho de pré-

natal e garantir condições à mulher de se preparar para o parto normal', afirmou" (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

O jornal em seguida mencionou a tentativa de um hospital em "suspender os efeitos da portaria" com um mandado de segurança na Justiça Federal. "O objetivo é receber pagamento pelas cerca de 300 cesáreas realizadas além da cota no ano passado". Para o juiz federal que concedeu o mandado a limitação do percentual de cesáreas influencia no trabalho do/a médico/a que "não pode optar por um ou outro procedimento, ficando restrito às ações adequadas ao caso, sob pena de responsabilidade, mesmo sabendo que não será remunerado". Ainda, a assessoria de imprensa do Ministério da Saúde foi acionada e mencionaram recorrendo a justificativa econômica e de essencialização naturalista que "[...] a cesariana é um procedimento caro para o SUS, além de não ser natural" (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.). Nesse momento, o Ministério deixou evidente que a preocupação do Estado era implementar como norma o parto mais econômico, usando a retórica da naturalização.

Outra reportagem na mesma edição (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.) abordou que os índices de cesarianas na rede privada preocupavam. E que o Ministério da Saúde tinha dificuldades em conscientizar médicos e pacientes. Para Tânia Lago (coordenadora do Programa de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde): "É muito mais difícil estabelecer controles à prática médica no hospital privado. É difícil uma instituição ter esse trabalho com o corpo de profissionais, que não costuma ser fixo. [...] As taxas (de cesarianas) são ainda maiores nas classes altas" (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

Mesmo observando o contexto, onde a incidência de cesáreas era maior na rede privada, as campanhas focalizaram na redução desse índice no SUS, já que este interferia diretamente nos gastos públicos. A posição biopolítica do Ministério da Saúde ficou evidente, tanto no SUS quanto na rede particular. No parto privado, a lógica neoliberal de compra e venda e a ideia de que se a mulher pagou pelo seu parto (a cliente), ela negociou com o/a médica, e, por isso, autorizava a prática e isentava o Estado de intervir: "A gente transformou a assistência ao parto em um bem de consumo, ao gosto do cliente. É um acerto entre mulher e médico, que querem comodidade, planejando o parto com antecedência" (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

A *Folha de S. Paulo* (17/06/2000, s/p.) também trouxe a entrevista do médico Gilberto Lopes da Silva Júnior, diretor da Casa de Saúde Santa Helena, hospital privado em São José do Rio Preto (interior de SP), que afirmou “Parto normal vai virar coisa de museu” devido “à evolução da medicina”.

Sua clínica tem um índice de 98,3% de cesarianas. Nos últimos três meses, de 60 partos, apenas 1 foi normal. "Orgulho-me de dirigir o hospital campeão mundial de cesarianas", brinca. Para ele, a portaria do Ministério da Saúde que limita os partos cirúrgicos nos hospitais do SUS é discriminatória para a mulher carente - que não pode escolher de que forma terá o filho, diferentemente da gestante da rede privada - e não passa de "cortina de fumaça" para esconder a "péssima" política de saúde do país. Ele aponta quatro motivos para defender a cesariana: mais conforto e menos dor; riscos reduzidos pela evolução da anestesia, antibióticos e técnicas cirúrgicas; o procedimento cirúrgico é mais conhecido pelos médicos; e o fato de parte das mulheres adeptas do método natural ter de fazer cirurgias corretivas de lesões na vagina, útero e bexiga (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

O médico que se orgulhava do título, considerou a portaria que limitava as cesáreas no SUS “discriminatória para a mulher carente”, já que esta ficaria sem o poder de escolha, caso quisesse uma cesárea. Além disso, defendeu vantagens da cesárea e que por isso, o parto normal ficaria no passado. Mostrando que as posturas médicas não eram unânimes e que nem todos/as os/as médicos/as estavam preocupados em ser denominados de “cesaristas”.

Por fim, o jornal mencionou uma campanha que visava “complementar a portaria anterior que limita as cesarianas. O objetivo é o mesmo: incentivar o parto normal”. Contudo, esta campanha já não era a mesma do CFM. Esta era do Ministério da Saúde e pretendia elevar “de 30% a 54% o valor dos partos pagos pelo SUS e destina R\$ 50 por gestante ao hospital que cumprir todas as etapas do programa”, como “a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, realização de parto com obstetras e pediatras e uma consulta pós-parto.” De acordo com o jornal esta “campanha” era intitulada “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento” (FOLHA DE S. PAULO, 17/06/2000, s/p.).

A segunda Campanha “Natural é parto normal” foi noticiada na imprensa feminista, portanto, como uma ação do Conselho Federal de Medicina (CFM), com muitos apoiadores, entre eles o Ministério da Saúde e feministas. Um dos jornais evidenciou a “cirurgificação” dos eventos reprodutivos e a dificuldade de acesso a um leito público para o parto normal, chamando-a de peregrinação. Mencionou que a formação dos profissionais estava mais voltada a tecnologia do que a relação

interpessoal. Descreveu o parto normal como patológico, demorado, arriscado e doloroso. Enquanto a cesárea aparecia como uma “alternativa preventiva” à falta de assistência e à dor. Apesar disso, em outro jornal da imprensa feminista a cesárea foi associada à esterilização e à mortalidade materna. Foram mencionados “incentivos” ao parto normal com reajustes ao pagamento deste tipo de parto e a limitação das taxas de cesáreas no SUS. Apenas um jornal colocou a discussão do parto no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos e, logo em seguida, justificou a necessidade de limitar o número das cesáreas devido aos “altos gastos” do SUS. Apesar da preocupação econômica, mencionou serviços de referência que haviam reduzido a ocorrência de cesáreas com “excelentes indicadores” de saúde.

Já na imprensa tradicional foi noticiado o apoio do CRM de SP à campanha, afirmando que a primeira mudança no estado seria nos currículos das escolas de Medicina. Outra matéria evidenciou a posição do país como campeão mundial de cesarianas e afirmou que um procedimento que deveria ser realizado em situações de risco tornou-se a norma. Associou a cesárea a maior incidência de esterilizações e uma prática de mulheres cultas. Outra reportagem da *Folha de S. Paulo* evidenciou as quase 400 mil “cesáreas desnecessárias” feitas por ano no SUS, abordando a pesquisa do IDEC que foi exposta na revista *Consumidor S.A.*, ocupando a capa e muitas páginas desta. Indicando que o tema estava gerando uma preocupação econômica, já que a cesárea era um parto 84% mais caro e “dinheiro público gasto à toa.” A mesma revista sugeriu três frentes de ação ao combate das “cesáreas desnecessárias”, pautadas na biopolítica: marketing, controle e formação médica. A *Folha de S. Paulo* mencionou outra campanha financiada por um hospital no interior do PR que trocava brindes com gestantes pelo convencimento a fazerem parto normal. Em outra reportagem abordou a redução de cesáreas no SUS via portaria do Ministério da Saúde, enquanto em outra foi possível observar que o Ministério não interferia na taxa de cesárea da rede privada, mesmo esta sendo mais elevada que no setor público, indicando os limites da intervenção do estado na relação médico-cliente. Ainda, outro artigo mencionou um médico e diretor de hospital defensor declarado da cesárea e por fim, a menção a uma nova campanha do Ministério da Saúde para complementar a portaria anterior: O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Apesar destes quadros estabelecidos, em que a preocupação econômica com os custos da cesárea ficou evidente, observou-se na imprensa feminista um

interesse mais amplo em compreender os efeitos da cesárea para além da questão econômica, bem como os efeitos da imposição de reduzir a cesárea via portaria, sobretudo às mulheres pobres que teriam de peregrinar em busca de um leito, não poderiam ter acesso a analgesia (já que só era ofertada na cesárea) e a uma abreviação desse sofrimento. E, buscou estratégias para solucionar o problema, citando serviços de referência na atenção ao parto normal. Enquanto o debate na imprensa tradicional centrou-se na abordagem das “cesáreas desnecessárias”, em estratégias biopolíticas para o controle da taxa de cesárea que “sangrava” os cofres públicos (com campanhas, monitoramento das taxas e formação médica) e nos casos excêntricos como o médico que se orgulhava de dirigir o hospital campeão de cesáreas e o outro hospital que trocava painéis por partos normais.

Todavia, cabe questionar o que ficou desfocado? Quando Butler (2018b) chama atenção ao que escapa ao enquadramento, está atenta a uma possível ruptura e um deslocamento em direção a um novo quadro. O que nessas campanhas pela redução das cesáreas/pelo incentivo ao parto normal ficou de fora da moldura da imprensa tradicional e da imprensa feminista? Lembrando que para Butler (2018b) o “fora” e “dentro” da normativa social é uma questão de tempo e deslocamento, pois a norma afeta a todos/as.

O enquadramento busca determinar o que é visto, mas não consegue conter completamente o que transmite quando tenta organizar seu conteúdo. Nesse sentido, Butler (2018b, p. 26) apontou a vulnerabilidade do enquadramento, seu rompimento perpétuo, que pode servir como instrumento à sua crítica e subversão. “O que é aceito em uma instância, em outra é tematizado criticamente ou até mesmo com incredulidade”.

No Acervo Carmen da Silva dois jornais específicos sobre parto foram localizados. O jornal *Dar à luz*⁶⁴ e o *Impresso Ventre*⁶⁵. Ambos funcionavam como

⁶⁴ O Jornal *Dar à luz* estava em seu quarto ano e no quinto número nesta edição localizada, contudo aparecia com uma veiculação trimestral, o que pode sugerir irregularidades e inconstâncias na publicação. Não continha propagandas, nem informações sobre a forma de circulação. Este número completo está no Acervo Carmen da Silva – NIEM/UFRGS.

⁶⁵ O jornal era impresso pela Tribuna da Imprensa e distribuído localmente com uma tiragem que começou com 5000 exemplares e cresceu para 15000 unidades. O primeiro número foi publicado em outubro de 1994, quase dois anos após a inauguração da instituição e o último em 1998 (sem a marcação do mês, o que pode sugerir sua irregularidade periódica). Ao todo foram 14 edições. “A equipe redatora do Jornal, que tinha a terapeuta corporal Vânia como supervisora geral, constituía-se de profissionais voluntários ou que estabeleciam permuta de serviços, tais como uso do espaço ou participação em um dos grupos terapêuticos da CP Nove Luas” (ANJOS, 2020, p. 128). No Acervo Carmen da Silva foi localizada somente uma edição, que estava em seu terceiro ano e no número 14.

uma espécie de “vitrine” de trabalho e atuação política, o primeiro de parteiras tradicionais de Pernambuco, vinculado a ONG CAIS do Parto⁶⁶ e o segundo de uma casa de parto privada de Niterói – RJ, Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, vinculada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA)⁶⁷.

O jornal *Dar à luz* da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais de Olinda – PE em 1999 abordou diversos tipos de parto. Todavia, o “parto cesariana” foi a modalidade mais explicitada.

Pode ser feito com ou sem trabalho de parto. A mulher é colocada em uma mesa cirúrgica, onde recebe uma anestesia que pode ser peridural (aplicada na coluna) ou geral (aplicada na veia). O médico faz um corte horizontal na altura da púbis através do qual chega ao útero. O órgão é cortado para que a criança e a placenta sejam retiradas e o corte suturado. A recuperação é dolorosa e demorada. A mulher fica no hospital, em média, três dias. A recuperação total pode passar de dois meses. Segundo os médicos a mulher não deve se submeter a outra cesariana por um período mínimo de dois anos e não aconselham uma quarta gestação após três partos cirúrgicos. As complicações são mais frequentes em cesáreas do que em partos normais. Também é mais comum acidentes de anestesia, infecções de cicatriz, embolias, hemorragias e trombozes. Todas essas coisas fazem com que o risco de morrer por causas relacionadas à gravidez e ao parto seja de duas a 15 vezes maior nesse tipo de cirurgia do que em partos vaginais (DAR À LUZ, 1999, p. 3).

Utilizando uma terminologia diferenciada “parto cesariana” e não apenas cesariana ou cesárea, o jornal explicou o passo a passo do método e a finalidade de cada ação médica. A parturiente foi referida com verbos passivos: “colocada”, “recebe”, ela se “submete” a cesárea. Em contraponto, o médico foi ativo: aquele que “faz”, “corta”, “retira”, “sutura”. E, se evidenciou a frequência maior de complicações e do tempo de recuperação na cesárea que em partos normais.

Em um box sobre direitos da mulher informaram que a gestante poderia recusar procedimentos “caso sejam injustificáveis” (DAR À LUZ, 1999, p. 3). No caso de “direitos violados” a parturiente deveria: “- Fazer queixa formal à direção do

Pode-se observar que era distribuído gratuitamente em locais públicos, mas aceitavam colaborações com uma assinatura semestral de R\$ 10,00. Continha muitas propagandas vinculadas a terapias alternativas e utensílios para gestação e bebês.

⁶⁶ A ONG CAIS do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser) foi fundada em 1991 em Olinda Pernambuco. Sua atuação consiste, principalmente, em apoiar grupos de parteiras. Mais informações serão abordadas sobre este importante espaço no capítulo quatro. Por enquanto, é importante frisar que: “De 1994 a 2001, o Cais do Parto representou o movimento de mulheres de Pernambuco no Conselho Estadual de Saúde e coordenou, no biênio 98/99, a Secretaria Estadual da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos”. Disponível em: <http://caisdoparto.blogspot.com/p/quem-somos.html> Acesso em: 11 jun. 2022.

⁶⁷ A REHUNA atua desde 1993 em âmbito nacional através de uma rede de associados/as. A trajetória da REHUNA será abordada no capítulo quatro.

hospital; - levar o problema ao Conselho de Saúde; - procurar o Conselho de Medicina, órgão responsável pela conduta médica no seu estado” (DAR À LUZ, 1999, p. 3). É importante frisar que o conceito de violência obstétrica⁶⁸ ainda não havia sido formulado, no período, embora a percepção aos direitos violados de modo institucional e com recorte de gênero na situação do parto já fosse denunciada.

O jornal *Dar à luz* mencionou outros tipos de “parto normal” dedicando espaço a explicar cada um: No parto com analgesia a mulher ocuparia uma posição passiva, deitada, e o médico introduziria a anestesia. Além disso, a analgesia no período só podia ser utilizada de modo privado, por não possuir comprovação científica. Já no parto horizontal (deitada) a posição era vantajosa aos profissionais, em contraponto à parturiente precisaria fazer maior esforço físico e geralmente receberia uma episiotomia dos médicos. Abordando os considerados partos ativos, mencionou a cadeira de parto que foi criada por um médico para dar conforto a mulher. Os partos verticais foram considerados como os que a mulher participaria ativamente. Outra modalidade de parto vertical citada foi o parto de cócoras, onde a mulher se acocoraria para parir e poderia ser amparada por outra pessoa que a auxiliasse. Este foi considerado o parto mais rápido, indolor e que a “mulher tem o controle do seu corpo”. Por fim, foi citado o parto na água (morna) como promotor de relaxamento (DAR À LUZ, 1999, p. 5-7).

De acordo com Diniz (2001) a definição de “parto normal” não é universal ou tão padronizável para ser considerado um modelo. De modo que a consideração de um parto como normal só pode ser dada em retrospecto, ou seja, depois de passado/vivido o evento.

Em uma seção chamada “Dando pitaco” pedia sugestões das/os leitoras/es. Diferente de outros jornais, este tinha um caráter mais informativo. Explicou os “tipos de parto”, para além do parto normal e da cesárea, e buscou apresentar

⁶⁸ O conceito de violência obstétrica gera diversos embates, principalmente com a categoria médica, que se sente atingida pela terminologia, e não possui uma formulação oficial no Brasil, embora seja utilizado em documentos oficiais, inclusive do Ministério da Saúde. Simone Grilo Diniz *et al.* apontou que a proposição conceitual da Venezuela foi a pioneira, em 2007, entendida como “ a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia” (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007, p. 30 *apud* DINIZ *et al.*, 2015, p. 3). Contudo, apesar de se concordar com a adequação da terminologia, ela é posterior ao recorte temporal desta pesquisa. Por isso, para não incorrer em anacronismo com as fontes, não se utiliza o conceito violência obstétrica nesta tese.

possibilidades e direitos das parturientes, fazendo um balanço de riscos e vantagens, além do intento de dialogar com seu público-alvo.

Outro jornal vinculado ao movimento de humanização do parto foi localizado: o *Impresso Ventre* pertencente à Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, que atendia sistema privado e em convênios com planos de saúde de Niterói – RJ. Em seu editorial também colocou o cenário político-social do país e a Copa do Mundo em pauta para pensar a situação do parto e a mobilização popular.

Quanta emoção nos trouxe a Copa do Mundo, resultado de um sentimento verdadeiro traduzido em grande mobilização popular! Diante disso não podemos esmorecer e deixar de acreditar que esta mesma força possa ser direcionada para questões tão indispensáveis ao ser humano como a Saúde. Basta que a população se conscientize de sua força e efetiva capacidade de transformação. Ainda mais quando respaldados pela atual preocupação do Ministério da Saúde que, entre outras medidas, busca diminuir o número recorde de cesarianas do país, e da mídia, que vem ocupando seu espaço nobre com antigos temas como gestação e nascimento, sob uma “nova” ótica menos preconceituosa, mais respeitosa e esclarecedora. Parece que estamos finalmente presenciando mudança de paradigmas em relação ao nascer (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 2).

O periódico se mostrou esperançoso com a preocupação do Ministério da Saúde em diminuir o “recorde de cesarianas” e com a criação de uma nova ótica da mídia para tratar o tema, “mais respeitosa e esclarecedora”. Foi interessante como este jornal se colocou externo à mídia, provavelmente por ser um veículo alternativo, estava se referindo à “grande mídia”, à imprensa tradicional (IMPRESSO VENTRE, 1998).

Na página cinco o *Impresso Ventre* publicou o texto “Receita para cesarianas marcadas” de Lúcia Pires uma das fundadoras e administradoras da Casa do Parto.

Conheça a mágica de se fabricar cesarianas inescrupulosas, com total conviência e aquiescência da grávida e sua família, utilizando-se atitudes que aparentemente traduzem cuidado e profissionalismo, mas que na realidade nos mostram a manipulação criminoso contra a mulher, geralmente fragilizada no momento de dar à luz.

Toma-se como exemplo uma mulher com 37/38 semanas de gestação. Pede-se que ela faça uma ultrassonografia de rotina, que traz em seu lado a presença de cordão umbilical próximo à cabeça do bebê (insinuando circular de cordão... medo...).

Marca-se uma consulta médica também de rotina, onde é feito um toque no colo uterino, e o doutor conclui que o bebê “ainda está alto” (nada de excepcional ou esclarecedor no dito tempo de gestação... medo...).

Soma-se a data provável do parto (quando a gestação marca 40 semanas) cai num final de semana que, infelizmente, é precedida por um feriado, além do jogo de estreia do Brasil na Copa do Mundo.

[...] outro ingrediente que leva rapidamente ao esperado final é a natural ansiedade da mulher e familiares com relação à saúde e chegada do bebê.

Fica a última etapa por conta do restante da equipe médica, que tem por preferência e hábito trabalhar em dias comuns, esquecendo-se talvez do juramento que não excluía a promessa de atendimentos em feriados, Copas do Mundo e dias festivos (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 5).

Pires criou a categoria “cesarianas inescrupulosas”, ou seja, sem escrúpulos, em um texto que caracterizou a grávida como conivente, aquiescente (que consente), manipulada, frágil e ansiosa. Em contraponto, falou das “atitudes que aparentam cuidado e profissionalismo”, mas se constituem, para ela, em “manipulação criminosas”. Cabe observar como Pires foi descrevendo a rotina das consultas, ultrassonografia, toque no colo uterino e marcando a instauração do “medo” no processo gestacional. “Mistura-se bem tudo isso e tem-se então uma bela cesariana marcada”. A autora considerou que é uma receita onde quase todos ficam satisfeitos (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 5):

- a mulher e sua família manipulados, mas recompensados;
- a equipe médica com seu dever confortavelmente cumprido, só e exatamente quando lhe foi conveniente; e
- o bebê (coitado!), com certeza o mais prejudicado, que sem explicação foi desalojado antes do tempo, sem se beneficiar do processo natural do nascimento, indefeso e totalmente dependente de interesses alheios.

Ao final, a aparência é das melhores, mas, para quem ingere diariamente esta miscelânea de manipulação, conveniência, insensibilidade, falta de respeito e desfaçatez, é preciso confessar que o gosto é dos piores e a indigestão inevitável. (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 2).

Enquanto a parturiente e sua família são considerados “manipulados-recompensados” com a cesárea, como se o único desejo fosse o nascimento do conceito independentemente do andamento e condições do parto, o quadro do bebê é outro: é um “coitado!”, “desalojado”, “indefeso”, “dependente”, o “mais prejudicado”, para Pires. Algo que não passaria despercebido por quem atuava na parturição e “ingeria diariamente” essa receita de “manipulação”, “conveniência”, “insensibilidade”, “falta de respeito” e “desfaçatez”. A autora instaurou essa contraposição, em que a equipe médica manipulava e recompensava a parturiente e sua família, criando uma espécie de aliança em prol do nascimento e rivalizava com o bebê, que seria o grande prejudicado, a vítima da cesárea.

O *Impresso Ventre* também possuía uma seção em que divulgava cartas enviadas em nome da Casa do Parto e de suas sócias aos órgãos públicos e entidades. Como a carta enviada em 19 de junho de 1998 à Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher, Euclyene Leocádio, do Ministério da Saúde:

Há mais de uma década viemos atuando tanto no Serviço Público (como pessoas físicas) como no privado (Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova) com Saúde da Mulher, principalmente com a questão do nascimento, trabalhando e lutando em favor do nascimento humanizado, e finalmente parece-nos que este Ministério vem corresponder aos nossos anseios. São anos de laqueaduras de trompas clandestinas, surto de cesarianas, maltrato de mulheres durante o trabalho de parto e parto, entre outras questões, e desdobramento destas, mas sabemos também que não bastam portarias oficiais para que a realidade se transforme. Assim, solicitamos a esta Coordenadoria que nos esclareça sobre que normas estão sendo estabelecidas no sentido de garantir à população o correto cumprimento das referidas portarias, assim como a que órgão caberá a fiscalização das mesmas (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Nesta carta se posicionaram enquanto trabalhadoras da saúde pública e privada e como militantes do “nascimento humanizado” e pediram esclarecimentos sobre as normas e o órgão que realizaria a fiscalização do cumprimento das portarias. Embora considerassem que portarias não transformariam a realidade de maus tratos de mulheres no parto, essa seção de cartas evidenciou a tentativa de diálogo desse movimento com as instâncias institucionais, indicando que não agiam de modo informal ou ilegal.

A mesma edição do jornal trouxe um depoimento de Lânia Teixeira intitulado “Cesariana Humanizada”, na qual evidenciou que, do mesmo modo que no parto normal, não existe um único formato de cesárea. Lânia, que se apresentou como “mãe de Elisa e Gabriela, nascidas na Casa do Parto” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6), começou seu texto contando que teve por duas vezes o “privilegio de vivenciar o que é parto cesáreo humanizado⁶⁹”. Modelo no qual, segundo ela, “o que importa acima de tudo é o bem-estar da mãe e do bebê” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6). Disse que “elogiar uma cesárea, hoje em dia, é algo que soa meio estranho, justo agora que há uma revolução de tudo que é mais natural” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6). Mencionou que em suas duas experiências tentou o “parto vaginal” e não foi possível, por isso defendeu que “é preciso muito cuidado ao se avaliar o que é realmente natural para cada mulher individualmente” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6). Elencou a necessidade de se respeitar a prática médica e a individualidade do corpo de cada mulher.

⁶⁹ Embora não tenha mencionado o local em que pariu, é provável que tenha sido nessa Casa do parto, já que possuíam uma equipe obstétrica e divulgavam atender as modalidades de parto normal, cócoras, água e cesárea e a finalidade do próprio Impresso Ventre era promover ações da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova.

[...] para que não aconteçam certas distorções, como [...] um certo “patrulhamento” e a tendência a rotular o médico que porventura pratica a cesárea como “aquele médico que só faz cesárea” sem antes analisar se foi por um desejo expresso da gestante (desejo esse que por si só já justifica a prática) ou por dificuldades incidentais (placenta prévia, bebê muito grande, sofrimento fetal etc.). (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Lânia rompeu as narrativas anteriores, instaurando um novo quadro discursivo em que a cesariana tão marcada pela tecnologia poderia ser “humanizada”, em que medicalização e humanização não se opunham. Um quadro que apontou distorções, patrulhamento, rotulações e vigilância, mas que o médico não figurou como agente causador dessa violência. E, o principal, estabeleceu a moldura onde o “desejo expresso da gestante” por si só deveria ser soberano e “justificaria a prática” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Ainda, lançou um enunciado dissidente, sobretudo em um impresso sobre “parto humanizado”: “questiono se as estatísticas sobre a quantidade de partos naturais realizados em determinadas instituições levam em conta a qualidade desses partos ‘naturais’” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Na sequência tocou na relação defendida entre feminilidade e parto natural: “com base em que certos profissionais saem por aí afirmando que a mulher que não quer o parto vaginal está negando sua feminilidade, é imatura emocionalmente, é frustrada sexualmente e outra abobrinha do gênero?” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6). Nesse momento, colocou que profissionais afirmariam que a mulher sexualmente resolvida optaria pelo parto vaginal, e ao fazê-lo assumiria sua feminilidade, seria “mais mulher” em função da via de parto “escolhida”. E, questionou a base, o motivo, dessa afirmação “abobrinha”, pontuando sua discordância.

Acho que sair de um extremo da valorização absoluta da cesárea para a valorização absoluta do parto vaginal é reacionário e desumano da mesma forma... É que essa focalização excessiva sobre o momento do parto faz as pessoas perderem de vista o processo do nascimento como um todo, processo esse que se estende pela vida afora com inúmeros “renascimentos” e infinitas possibilidades de aprendizado (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Citou o perigo dos discursos extremos: da “valorização absoluta da cesárea” e da “valorização absoluta do parto vaginal”. Considerou-os reacionários e desumanos. Do mesmo modo, também observou que a “focalização excessiva” no parto impossibilita que se observe todo o processo do nascimento, os aprendizados

e o significado desse evento em um alargamento temporal. Ou seja, o momento e a via de parto não poderiam ser definidores da prática materna ou colocar a parturiente em uma escala de valores de mais ou menos mulher de acordo com o parto realizado.

Segundo a autora, como uma sociedade que “não respeita nem os mais elementares direitos do cidadão”, “aliena o indivíduo de si mesmo”, em um “contexto sexualmente repressivo e massacrante para a maioria das mulheres” pode esperar um “parto natural”? (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Se para “mudar a vida é preciso mudar a forma de nascer”, o contrário também é válido: para se mudar a forma de nascer, é preciso mudar a vida. É preciso escutar o coração e reaprender a sentir o outro, “andar sobre suas pegadas” para perceber e verdadeiramente apoiar a gestante, a mulher que vai dar à luz, ajudando-a a experimentar esse processo da melhor forma possível para ela, respeitando seus medos e limitações. Dessa forma, chega-se ao que é verdadeiramente humanizado e natural (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 6).

Este texto causa um deslocamento, uma subversão nos discursos sobre parto, tanto no quadro de humanização do parto e do “parto natural”, quanto no da cesariana, trazendo a ideia de que a cesárea pode ser humanizada. De que as fronteiras entre o tecnológico e o humano não são tão definidas. Partindo do pressuposto que o natural não existe, tudo é cultural, a cesárea pode ser tão humana e humanizada quanto um parto “normal/natural”, em suas diversas modalidades: na horizontal (com ou sem analgesia), na vertical (com ou sem cadeira de parto), de cócoras, na água, etc. Além disso, Lânia Teixeira fez um relato de seu parto, em um texto autoral. Não teve sua fala descrita ou recortada por um/a jornalista. Cedeu um depoimento sobre suas experiências de parto. Corroborou com a ideia de que o parto em si só é definido em retrospecto, a partir do andamento e das necessidades do processo: foi normal, foi de cócoras ou foi cesárea. Nesse sentido, o parto humanizado que colocou não diz respeito a uma posição para parir ou a uma intervenção obstétrica específica, mas ao apoio, à escuta e ao respeito à mulher.

Cabe observar os enunciados que sustentaram a prática da cesárea. Apoiavam-se na noção de risco e violência do parto normal e na possibilidade da compra de um “parto seguro”, hospitalizado e na presença do médico, portanto, no acesso à medicalização. Enquanto os enunciados que sustentaram o parto normal, sobretudo nas campanhas, foram de naturalização, distanciando a cesárea do lugar

de “parto seguro” e levando-a ao lugar de risco, colocando a tecnologia contra o corpo e pela priorização do bebê e do nascimento e secundarizando a experiência do parto e da mulher. Além disso, um discurso econômico pelo “barateamento” do parto no SUS, no qual o parto normal não envolveria gastos cirúrgicos, poderia ser acompanhado por outros profissionais e a liberação do leito seria mais rápida.

Em suma, o debate analisado nos jornais neste capítulo centrou-se no tipo de parto e na redução impositiva da taxa de cesárea via portaria do Ministério da Saúde. O Estado governou de modo biopolítico, fazendo essa gestão da vida de modo econômico e populacional. Impondo um modelo de parto “normal” protocolar e considerado, no período, uma prática violenta, com um discurso de “retorno ao natural”. Essa foi a regularidade discursiva localizada nos jornais da imprensa feminista e da tradicional na década de 1990.

Contudo, mesmo quando o quadro foi deslocado, desconstruindo o binômio parto normal *versus* cesárea e alternativas improváveis apareceram nos periódicos como a “cesárea humanizada”, a autonomia no parto não foi discutida na imprensa feminista. Apesar de Lânia Teixeira ter tido a possibilidade de relatar e se apropriar de seus partos, discursando, significando e os publicizando e também se constituindo enquanto “humanizada” na medida em que compunha seu discurso, se mostrando satisfeita com o atendimento e consigo mesma, a singularidade de sua experiência autua uma “autonomia individualista”.

Na maior parte do debate exposto até o momento, as mulheres foram descritas como incapazes, expoliadas, manipuladas, temerosas e despreparadas na situação do parto. Também foram mulheres universais. As únicas distinções foram em relação à escolaridade e situação econômica. A experiência particular de Lânia e sua experiência de “cesárea humanizada” indicou um processo/movimento que estava crescente: a busca por partos alternativos e de relatá-los, colocando-se como sujeito capaz de escolher o que considera melhor para si. Também desordenou o discurso que contrapunha parto normal e cesárea, o qual tentava instituir o parto normal como humanizado e “anormalizar” para diminuir a técnica da cesárea. Entretanto, dado sua singularidade, ficou à margem, desfocado nesse quadro de guerra.

3.4 Direito ao luto e interseccionalidade

Como canta(ra)m Milton Nascimento e Elis Regina “Quem traz no corpo a marca, Maria, Maria/ Mistura a dor e a alegria”⁷⁰. Talvez o parto seja um momento que expressa essa condição “Maria” de viver a dor e a alegria. Talvez para algumas mulheres a alegria possa ser mais sentida e para outras, a dor. Nessa parte da pesquisa, se tratou daquelas vidas que mesmo privadas da alegria puderam chorar, relatar sua dor e se tentou não omitir aquelas vidas que, por outro lado, não foram publicamente choradas, em muitos casos, sequer lembradas.

Seis mulheres, sem rosto, sem nome, com idade média de 21 anos faleceram entre 26 de maio e 18 de junho de 2005, em menos de um mês, em João Pessoa - Paraíba “todas negras, provocados por pré-eclâmpsia e doença hipertensiva da gravidez passível de tratamento” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 15). De acordo com o periódico da Rede Feminista de Saúde (RFS), todas faziam pré-natal e o movimento de mulheres da Paraíba, desde 2004, vinha, por meio da Regional Paraíba da RFS, denunciando os índices de mortalidade materna no estado e, em 2005, o Ministério Público do Federal convocou o referido estado e sua capital a celebrar, em março, Termos de Ajuste de Conduta (TAC). É importante observar que, mesmo que o jornal estivesse trabalhando em prol da denúncia e da responsabilização, ao associar doenças pré-existentes e o acompanhamento pré-natal, mobilizou essa informação de modo a justificar a isenção do Estado diante destas mortes.

O texto seguinte manteve o assunto do TAC e evidenciou a importância da articulação política entre vários “atores”, inclusive do movimento feminista:

Na Paraíba, o Termo de Ajustamento de Conduta não teria sido construído se não fosse a articulação política entre o movimento feminista, os comitês de mortalidade materna, a classe médica e o Ministério Público. [...] o TAC continha uma cláusula obrigando estado e município a reforçar a atividade dos comitês e dos conselhos de saúde, fornecendo a infraestrutura necessária (sala, secretária, deslocamento, etc.), bem como uma cláusula definindo que o movimento de mulheres teria participação obrigatória nos comitês de morte materna. [...] Em uma avaliação preliminar, pode-se afirmar que o controle social foi bastante fortalecido com a assinatura da TAC. [...] as autoridades apresentaram um plano de aperfeiçoamento do

⁷⁰ Letra de “Maria Maria” composta por Milton Nascimento e Fernando Brant em 1976. Foi lançada por Milton em 1978 e ganhou notoriedade na voz de Elis Regina em 1980. VEJA RIO. A história de Maria Maria, música mais tocada do oitavo Milton Nascimento. 25/10/2022. Disponível em: <https://vejario.abril.com.br/beira-mar/maria-maria-mais-tocada-milton-nascimento/> Acesso em: 02 de abr. de 2023.

sistema de vigilância e controle da mortalidade materna (JORNAL DA REDE, 2006, p. 15).

Em outro box, intitulado “Limitações e alternativas ao TAC”, o então promotor de Justiça da Saúde de São Luís do Maranhão, Herberth Figueiredo “apresentou uma visão menos otimista com relação ao TAC”. Para ele, nem sempre a ação judicial é cumprida, e nesse caso, uma alternativa possível seria “chamar a mídia” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 15). Pode-se dizer que a recomendação do promotor estava em concordância com as ações feministas em midiaticizar a mortalidade materna, inclusive a RFS e considerando os limites biopolíticos do judiciário, que também pode “deixar morrer” impunemente, mesmo que estivesse “vigilante” no controle desses óbitos.

A RFS também abordou o acontecimento do “Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna com o Ministério Público” dirigido por integrantes de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, do Ministério Público e de Secretarias de Saúde, de Organismos Governamentais de Direitos da Mulher, além da Rede Feminista de Saúde. No Seminário casos emblemáticos de morte materna foram apresentados “[...] para os quais o movimento feminista tem apresentado diferentes respostas” e pensado em “estratégias que podem ser acionadas pelo movimento social no enfrentamento da morte materna” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 14). Indicando a preocupação e atuação do movimento feminista nessa pauta.

Em um texto escrito por Rúbia Abs da Cruz, vinculada à ONG Themis de Porto Alegre, e Gleyde Selma da Hora, integrante da Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos - Advocaci (ONG do Rio de Janeiro) se abordou a busca pela justiça nos casos de morte materna. As duas ONGs atuantes na promoção dos direitos das mulheres. A primeira estava conduzindo o processo pela morte da Vânia Araújo considerado “um caso com uma série de peculiaridades”. Um caso que não se relacionou “diretamente com dificuldades no acesso ou falta de aparelhamento”. (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

Como Vânia fez uma opção por parto humanizado, é fundamental deixar claro que o processo não significa uma crítica a tal procedimento, bem ao contrário. Como Vânia era coordenadora da área da saúde do estado⁷¹, parece que havia uma grande expectativa do médico em demonstrar todas as vantagens do parto humanizado, e talvez isso o tenha impedido de

⁷¹ Esta informação não procede. Vânia Araújo foi coordenadora da Coordenadoria da Mulher do Rio Grande do Sul.

detectar os problemas que surgiram durante o trabalho de parto (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

Na matéria foi dito que “Vânia fez uma opção”. Considerou-se que ela teve algum grau de escolha, conforme já mencionado, era uma mulher branca, escolarizada, com condições financeiras. Sua morte não foi decorrente da falta de acesso à saúde, portanto, uma morte “peculiar”, de acordo com o jornal. Também salientaram que “o processo não significa uma crítica a tal procedimento” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17), ou seja, o processo denunciou uma situação pontual e não o modelo do parto humanizado em si. Mas há suposição de que por Vânia ser uma figura importante no estado do RS (da Coordenadoria da Mulher do Estado, e não da saúde conforme o jornal mencionou) havia no médico que a atendeu expectativas “em demonstrar todas as vantagens do parto humanizado, e talvez isso o tenha impedido de detectar os problemas que surgiram durante o trabalho de parto” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

A família buscou a justiça mais de seis meses após sua morte, quando compreenderam se tratar de “uma questão para a qual eles poderiam procurar a Justiça” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

Foi realizada uma sindicância no hospital onde se detectou, então, a imperícia e a negligência do médico em relação ao bebê, mas não em relação à mãe. Com base na sindicância, a Themis fez uma representação ao Ministério Público para que o caso fosse investigado. Segundo constava na declaração de óbito, a causa efetiva da morte de Vânia foi infecção hospitalar por varicela zoster. O caso também foi encaminhado, pela Themis, ao Conselho Regional de Medicina e há uma ação de indenização por dano moral e patrimonial em relação à morte. Houve condenação do médico por homicídio culposo em relação à mãe e ao bebê. Ele também foi condenado no Conselho Regional de Medicina, mas o Conselho Federal de Medicina ainda não se manifestou (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

De acordo com Rúbia Cruz e Gleyde Hora, autoras da publicação sobre o processo de Vânia no *Jornal da Rede*, a ação judicial é importante “porque o direito é uma ferramenta de coerção que se faz necessária em alguns contextos. Médicos (as) e gestores também têm de ser responsabilizados (as) pelo próprio descaso no tratamento às gestantes” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17) e os Comitês deveriam buscar o Ministério Público e, no caso de resultado judicial negativo, encaminhar para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

A Advocaci possibilitou quantificar o empenho e o trabalho que vinha exercendo, tendo naquele momento nove processos sobre a “problemática”: “dois

processos de morte materna, um de morbidade materna, um de morte neonatal e quatro defesas de mulheres processadas pela prática do aborto, em função de denúncias” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17). Um destes estava sendo conduzido junto ao “Centro de Direitos Reprodutivos de Nova York, e há uma petição para denúncia junto à Comissão Internacional de Direitos Humanos para responsabilizar o Estado brasileiro por omissão” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

O artigo falou da importância de qualificar as políticas públicas e simultaneamente, reparar danos causados às mulheres e suas famílias, responsabilizando o Estado “[...] por isso, suas ações são contra o município e o estado do Rio de Janeiro” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17) e de ter instrumentos para tanto. Nesse sentido, sugeriu a importância de analisar os prontuários médicos: “[...] inicialmente, houve uma dificuldade de traduzir, de interpretar, os prontuários médicos nos casos de morte materna. Por isso, a Advocaci criou uma comissão de técnicos para subsidiar suas argumentações técnicas e a tradução desses prontuários” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 17).

Em novembro de 2002 Alyne Pimentel tinha 28 anos, era negra, moradora da Baixada Fluminense (RJ) e morreu após dar à luz a um feto natimorto de 27 semanas⁷².

[...] deu entrada numa clínica de saúde privada, a “Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo”, com fortes enjoos e dores abdominais. A clínica marcou exames de sangue e urina para dois dias depois. A sua situação se agravou, após os batimentos cardíacos do feto não serem mais detectados, ser induzido o parto e realizada a curetagem para a remoção dos restos de placenta. [...] No dia seguinte ao procedimento de curetagem, os médicos da Casa de Saúde tentaram transferir Alyne para um hospital público municipal com mais recursos, o “Hospital Geral de Nova Iguaçu”, mas o hospital se recusou a usar a única ambulância que tinha à noite para transportá-la. Ela esperou por oito horas em condições críticas, sendo que nas duas últimas horas apresentou sintomas clínicos de coma, antes de chegar ao hospital. Lá, ela teve uma série de complicações (respiratórias, hipotermia, etc.) e foi ressuscitada quando sua pressão sanguínea chegou a zero. Como não havia leito disponível, Alyne foi colocada no corredor da sala de emergência. Como a sua ficha médica não estava disponível, o médico de plantão recebeu oralmente uma breve informação sobre os seus sintomas. Ela morreu no dia seguinte. A causa oficial da morte foi hemorragia digestiva (sangramento interno), atribuída pelos médicos ao parto do feto natimorto. Porém, Alyne morreu em decorrência do parto malsucedido e dos vários erros médicos dos quais foi vítima, caracterizando uma morte materna, termo que deveria ter constado em seu atestado de morte (LÓPEZ, 2016, p. 141-142).

⁷² Não foram localizadas informações sobre escolaridade e ocupação profissional de Alyne Pimentel.

O viúvo de Alyne entrou com um pedido indenizatório em 2003 em seu nome e da filha do casal por danos morais e materiais contra o Estado do Rio de Janeiro. A situação só foi proferida em 2013, concedendo danos morais e uma pensão retroativa para a filha de Alyne. Contudo, a decisão não reconheceu a responsabilidade do Estado pela assistência prestada pela clínica de saúde privada e pelo hospital, os dois espaços em que ela foi atendida (LÓPEZ, 2016).

O caso de Alyne poderia ser mais um, se não fosse sua mãe, Maria de Lourdes Pimentel, buscar o Centro de Direitos Reprodutivos e a Advocacia - Advocacia Cidadã para os Direitos Humanos para assessorá-la e entrar com uma denúncia internacional no Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) em 2007. Este é considerado o primeiro tratado que dispõe sobre os direitos humanos das mulheres, na busca por igualdade de gênero e reprimindo discriminações, conforme observou López (2016).

Os Estados-parte têm o dever de eliminar a discriminação contra a mulher através da adoção de medidas legais, políticas e programáticas. Essas obrigações se aplicam a todas as esferas da vida, a questões relacionadas ao casamento e às relações familiares e incluem o dever de promover todas as medidas apropriadas no sentido de eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização, empresa e pelo próprio Estado (CEDAW - ONU, 1979, p. 15-16).

Alyne não tinha doença pré-existente, diferente do caso citado no relatório da CPI da professora e militante do movimento negro Sandra Noronha, que era portadora de anemia falciforme (apresentado no capítulo dois da tese). Para López (2016, p. 158) “no caso de Alyne, podemos perceber de maneira mais crua os efeitos do racismo do que o fato de uma doença prevalente na população negra ter se apresentado”. Também indicou que os modos de pensar a saúde da mulher “como uma discussão técnica de doenças e processos fisiológicos, marcada por riscos” sem considerar as intersecções “potencializam as assimetrias de gênero e raça” (LÓPEZ, 2016, p. 158).

No pensamento da feminista negra Sueli Carneiro (2005) enquanto a negritude está no signo da morte, a branquitude está no da vitalidade. O racismo integrado ao biopoder legitima o direito de matar, se configurando como uma tecnologia de poder que preserva a vida de uns e abandona a de outros, deixando-os expostos à morte. Esse direito de matar para Carneiro (2005, p. 77) é um poder “exercido pelo Estado, por ação ou omissão”.

Não foi possível localizar no período da pesquisa nenhum impresso que noticiasse o caso de Alyne. No processo (CEDAW, 2011), a conclusão foi de que Alyne sofreu discriminação por ser mulher, afrodescendente, por sua condição econômica e periférica, fazendo uma análise interseccional do caso:

O Comitê [...] recorda a sua recomendação geral [...] sobre as obrigações principais dos Estados-partes [...] reconhecendo que a discriminação contra as mulheres, baseada no sexo e no gênero, está intrinsecamente ligada a outros fatores que afetam as mulheres, tais como a identidade, raça, etnia, religião ou crença, saúde, condição econômica, idade, classe, orientação sexual e gênero. O Comitê observa que o Estado-parte [Brasil] não descartou a possibilidade de que a discriminação tenha contribuído em alguma medida, mas não decisivamente, para a morte da filha do autor [mãe de Alyne]. O Estado-parte também reconheceu que a convergência ou associação dos diferentes elementos descritos pelo autor pode ter contribuído para a falta de assistência necessária e emergencial para sua filha, resultando em sua morte. Em tais circunstâncias, o Comitê conclui que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira [Alyne] foi vítima de discriminação, não só com base em seu sexo, mas também com base em sua condição de mulher Afrodescendente e seu nível socioeconômico. (CEDAW, 2011, p. 65-66, tradução juramentada por Mariana Heynemann).

O conceito de interseccionalidade aponta para o quão inseparável são as estruturas do racismo, do capitalismo e do patriarcalismo. É uma lente analítica que possibilita “ver” que uma pauta de gênero, como a mortalidade materna, é vivenciada de formas diferentes, mesmo entre mulheres. Além disso, é defendido como um instrumento teórico-prático para a implementação de políticas públicas mais eficazes (AKOTIRENE, 2019). Nesse sentido, relacionando o conceito de interseccionalidade com a obra de Butler (2018a), se pode afirmar que a mortalidade materna é uma condição compartilhada de precariedade entre mulheres, que para algumas, como as não-brancas e as pobres, pode ser maximizada.

Em contraponto, a ideia de uma vida vivível estabelece a necessidade de uma diminuição da precariedade. Contudo, para Butler a precariedade deve ser compreendida como uma condição generalizada. Ela implica o reconhecimento da interdependência e das condições sociais da vida, para que uma vida seja vivível ou passível de luto. No quadro da distribuição diferencial do luto, Butler citou o racismo.

Formas de racismo instituídas e ativas no nível da percepção tendem a produzir versões icônicas de populações que são eminentemente lamentáveis e de outras cuja perda não é perda, e que não é passível de luto. A distribuição diferencial da condição de ser passível de luto entre as populações tem implicações sobre por que e quando sentimos disposições afetivas politicamente significativas [...]. (BUTLER, 2018b, p. 45).

Em 2011, o Estado brasileiro foi condenado e o CEDAW determinou uma reparação econômica e a implementação de políticas públicas para a diminuição da mortalidade materna no país. Em 2014 foi lançado o Relatório do Governo Brasileiro apresentando informações sobre o cumprimento das recomendações da decisão final do Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher sobre o caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira. No qual reconheceu as ausências do governo na assistência à Alyne, que ela sofreu discriminação de gênero, raça e classe e a ausência jurídica em relação à petição inicial instaurada em 2003 por seus familiares.

[...] Alyne Pimentel “sofreu discriminação, não apenas de gênero, mas também com base na sua condição de mulher afrodescendente e advinda de grupo socioeconômico não privilegiado”. Finalmente, o Comitê considerou que o Estado não cumpriu sua obrigação de garantir ação judicial e proteção eficazes, especialmente à luz da ausência de decisão sobre a ação cível ajuizada, em fevereiro de 2003, pela família da vítima. (BRASIL, 2014, p. 1-2).

Este se tornou o primeiro caso em que uma morte materna foi reconhecida como violação aos direitos humanos. Mesmo sabendo-se que são mortes evitáveis e que o Estado deve prover condições de qualidade na assistência para o exercício da maternidade segura. Além das reparações financeiras, o país também cumpriu “reparações simbólicas” (BRASIL, 2014).

Objetivando o cumprimento da recomendação do CEDAW “Dar o nome de Alyne Pimentel a um Centro de Parto Normal”, informamos foi reinaugurada a Maternidade Municipal de Nova Iguaçu - Maternidade Mariana Bulhões, unidade referência na região para saúde das mulheres, onde criou a Unidade de Terapia Intensiva para adultos, que foi denominada “Alyne Pimentel”, e colocada a placa com os dizeres: “reparação simbólica e reconhecimento da sua morte evitável. Pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde das mulheres”. (BRASIL, 2014, p. 3).

Figura 2: Placa de “reparação simbólica” que dá o nome de Alyne da Silva Pimentel à UTI Materna.



Fonte: BRASIL. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher – Caso Alyne da Silva Pimentel – Relatório do Governo Brasileiro. Brasília, 2014.

O fato de a primeira morte materna reconhecida como violação aos direitos humanos ser de uma mulher negra periférica deslocou o quadro do luto público. No recorte temporal desta pesquisa, contudo, as mulheres negras vítimas de partos violentos, falta ou má assistência prestada em saúde, só apareceram na imprensa feminista como números. Embora o falecimento de Alyne tenha se dado em 2002 e a primeira ação judicial de sua família tenha sido acionada em 2003, sua história não ganhou as páginas dos jornais neste recorte. Somente em 2011 foi reconhecida sua condição de vítima pelo Comitê internacional. Assim, se observa que o caminho para acessar o direito ao luto foi mais longo e só aconteceu no Brasil em 2013, dez anos após o ingresso com a denúncia, e depois do reconhecimento internacional e a obrigatoriedade do país adotar medidas reparativas à família e a situação obstétrica no geral.

Na busca pelas repercussões do óbito de Vânia, foi localizado que o dia de seu falecimento (5 de outubro) foi instituído como Dia Estadual de Combate à Mortalidade Materna no RS. Na justificativa do projeto de lei nº 262/2001 apresentado pela então Deputada Estadual Cecilia Hypolito (PT) constou que Vânia foi a primeira coordenadora geral do órgão responsável pelas políticas públicas em relação à mulher (Coordenadoria Estadual da Mulher) e “como inúmeras mulheres foi vítima da má qualidade da assistência à saúde no nosso país, devendo a referida

data ser assumida pelo Executivo Estadual, para promover campanhas preventivas”⁷³.

Em novembro de 2000 o jornal *Mulher e saúde* (pertencente à Sempreviva Organização Feminista)⁷⁴ em uma edição especial sobre o Pré-natal trouxe uma nota sobre a perda da “companheira Vânia Araújo Machado, líder da Coordenadoria da Mulher do Rio Grande do Sul, militante do movimento de mulheres e do Partido dos Trabalhadores” (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 16), observando que seu falecimento foi “em decorrência de complicações do parto e após muitos dias de luta para sobreviver” (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 16). As feministas lamentaram a “fatalidade” e se solidarizam com seus parentes e com “às companheiras do Rio Grande do Sul que estiveram o tempo todo por perto” (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 16). Recordaram que “Vânia trouxe à luta das mulheres sua vivacidade, sua generosidade, seus melhores esforços e contribuições” e, comprometeram-se em lembrá-la como “uma estrela de grande brilho no universo das lutas das mulheres” (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 16).

O *Jornal da Rede Feminista de Saúde* dedicou grande parte da edição de 2006 para abordar outro falecimento em decorrência de parto e a criação da Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amigas (os) de Vítimas de Morte Materna. O impresso defendeu que o movimento feminista e, em particular, a Rede Feminista de Saúde estava tendo como estratégia ao combate da morte materna, nos últimos vinte anos, o “fortalecimento do PAISM como a política de assistência integral à saúde das mulheres; criação dos Comitês de Morte Materna [...]; e a participação no controle social, por meio dos Conselhos de Saúde [...]” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 16).

A RFS abordou que óbitos como o dela apontavam que a mortalidade materna não decorre apenas de condições socioeconômicas, mas que a sociedade deveria se conscientizar que é “um fenômeno que faz vítimas em todas as classes sociais. E também que afeta, traz a dor e a vergonha, bem como sentimentos de abandono para todas as famílias, sem que a sociedade se manifeste à altura”

⁷³ Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/Diario/Proposicoes/PROP182.HTM> Acesso em: 12 mai. 2022.

⁷⁴ A Sempreviva Organização Feminista (SOF) é uma ONG com sede em São Paulo que atua desde os anos de 1980 coordenando atividades educativas no Brasil e América Latina no sentido de fortalecer grupos e aumentar o número de lideranças mulheres para serem multiplicadoras em seus locais de atuação. Para saber mais: SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **A SOF**. Disponível em: <https://www.sof.org.br/a-sof/#quemsomos>. Acesso em: 29 abr. 2022.

(JORNAL DA REDE, 2006, p. 16). A entrevista de Carmen Carneiro, mãe de Marina (JORNAL DA REDE, 2006, p. 32-34) evidenciou como ela transformou seu luto e dor em acolhimento e ações políticas. Sua ideia inicial era fazer uma campanha e evoluiu para a criação dessa Associação. Conforme relatou:

[...] a maior tragédia das nossas vidas, e só acreditei quando a vi no caixão. Foi a mesma coisa com minha família e, principalmente, com os meus filhos homens. Minha primeira preocupação foi não os incitar contra o médico, para não criar uma tragédia ainda maior em minha família, fazendo justiça com as próprias mãos. Durante os 25 dias que acompanhei minha neta na UTI⁷⁵, tomei conhecimento de muitos outros casos de morte materna, era muito mais comum do que se podia imaginar, que muitas mães tinham morrido, deixando seus filhos irem para casa sozinhos. Foi quando decidi fazer alguma coisa, e descobri que minha filha não tinha morrido em vão, que eu tinha uma bandeira (JORNAL DA REDE, 2006, p. 32).

Com a afirmação de que “O Brasil é um dos campeões de morte materna”, Carmen foi questionada se não tinha essa informação na época e respondeu que não possuía, assim como “a maioria absoluta da população brasileira. Não é interessante para os governos divulgar as mortes maternas, há falta de informação [...]. Mulheres de escolaridade universitária não sabem disso, não é questão de nível social ou cultural” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 32).

Na sequência relatou que passados dois meses, com os familiares mais calmos, ela e seu genro colheram a documentação necessária para a queixa crime e também ao Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, apesar de o processo não ter “andado”. O jornal a questionou: “Essa procura foi porque você acreditou que havia responsáveis. Quem seriam eles?” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 32).

Carmen respondeu:

Profissionais desqualificados, maternidades despreparadas para casos de urgência, falta de UTIs, enfim, há uma baixa qualidade na assistência, aliada com a falta de informação das mulheres, pois a maioria não tem acesso a uma atenção de qualidade, humanizada. O pré-natal é feito num posto de saúde, e na hora do parto chegam a qualquer hospital e são atendidas por quem estiver de plantão, sem saber da história da mulher. (JORNAL DA REDE, 2006, p. 32).

O impresso rebateu: “Mas não foi o caso de sua filha” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 32). E, Carmen explicou a situação diferenciada da maioria das mulheres

⁷⁵ O bebê de Marina sobreviveu.

do país. Marina teve acesso à saúde via plano e médico e, ainda assim, houve “[...] desqualificação do profissional, e pelo que se vê no prontuário se tem a nítida certeza de que o hospital também foi negligente, porque o médico dela não estava no hospital e só foram tomadas as providências cirúrgicas quando ele retornou”. (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

Novamente o prontuário figurou como um importante instrumento jurídico. Em relação à morte declarada pelo médico, Carmen explicou:

Pelo que o médico caracterizou foi uma pré-eclâmpsia grave, com uma hemorragia aguda e falência múltipla dos órgãos. A minha neta nasceu à 1h05 da manhã e minha filha faleceu às 7h25 da manhã. E só descobrimos que minha filha estava mal quando o pessoal do banco de sangue subia e descia escadaria para o centro obstétrico. Meu genro perguntou o que estava acontecendo, foi quando soubemos que minha filha não passava bem. E soubemos que ela já estava morrendo quando o pessoal da cardiologia passou com o aparelho para ressuscitá-la, porque ela já tinha tido uma parada cardíaca. O médico nos avisou às 2h20 que iria para casa descansar, que a Marina continuaria, nas próximas 48 horas, uma paciente de alto risco porque tinha tido a pré-eclâmpsia grave. Quando perguntamos quem cuidaria da Marina, ele disse que os plantonistas do hospital. Na verdade, o que aconteceu não foi isso, e até hoje não temos resposta da sindicância que o hospital disse que promoveu (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

Carmen elucidou que a transformação de seu luto em luta, “escolha de viver a dor”, estava dando a ela e seus familiares “vontade de continuar a viver”. Ao buscar o movimento feminista, mostrou afinidade com a luta coletiva e teceu uma crítica ao individualismo. Por isso, se entende que na solidariedade da dor do luto, poderia haver um espaço de igualdade entre os familiares das vítimas em prol de uma causa que os uniria.

Trabalhando a “A reivindicação da não-violência” Butler (2018b) desenvolveu que se há uma reivindicação, então há um discurso ou um apelo. E, a capacidade de resposta para esse discurso depende de como ele foi formado, enquadrado, a disposição de seus sentidos e os quadros da receptividade. O discurso não é dirigido a alguém externo à violência, já que esta é uma normativa social. Não existe sujeito alheio à violência. Desse modo, para Butler, lutar contra a violência é o processo de reconhecer sua própria ontologia social.

Segundo Butler (2018b, p. 240-241) deve haver uma “convocação ética” pela não violência, o que significa assumir a responsabilidade de viver uma vida que conteste o poder, ou seja, “uma vida que faça bom uso da iterabilidade das normas

produtivas e, conseqüentemente, de sua fragilidade e capacidade de transformação”.

É precisamente porque se está imerso na violência que a luta existe, e que surge a possibilidade da não violência. Estar imerso na violência significa que mesmo que a luta seja dura, difícil, iminente, intermitente e necessária, ela não é o mesmo que um determinismo; estar imerso é a condição de possibilidade para a luta pela não violência, e é também por isso que a luta fracassa com tanta frequência. Se não fosse esse o caso, não haveria luta alguma, mas somente a repressão e a busca por uma falsa transcendência. (BUTLER, 2018b, p. 241).

A não violência, para Butler (2018b) não é uma virtude. É uma posição na qual um sujeito está ferido e disposto a “retaliação violenta”, contudo, luta contra essa ação. Reconhecer a violência não garante uma política de não violência. Mas o que pode fazer a diferença é considerar a condição de violável uma condição generalizada, ao invés de uma marcação identitária. Para que a reivindicação a não violência faça sentido “ela deve estar aliada a uma intervenção crítica a propósito das normas que diferenciam entre as vidas que são consideradas vivíveis e passíveis de luto e as que não o são” (BUTLER, 2018b, p. 253).

Apenas mediante uma crítica da violência do Estado é que teremos a possibilidade de identificar e reconhecer as alianças já existentes e os pontos de contato com outras minorias a fim de considerar sistematicamente como a coerção busca nos dividir e manter nossa atenção desviada da crítica da violência propriamente dita. (BUTLER, 2018b, p. 195).

Assim, é necessário colocar em questão o enquadramento que distribui desigualmente a violência, mas não colocar sujeitos na posição fixa de violáveis. É preciso questionar porque algumas vidas merecem proteção, enquanto outras não, e lutar para que todas essas vidas possam ser protegidas (BUTLER, 2018b). Mesmo imersa na dor, Carmen justificou sua luta: “para que outras mulheres não morram” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

[...] a minha atitude, a minha escolha de viver a dor criando esta Associação, tem dado a eles vontade de continuar a viver, de participar da luta, de ficar juntos para que outras mulheres não morram e seus familiares não passem o que nossa família está passando. Sou vista com orgulho pelos meus filhos. Não fosse a ideia da Associação, estaria hoje em casa, chorando, olhando para o meu umbigo, sem saber o que fazer e sem saber que lá fora tem gente precisando de ajuda ou procurando saber... ou, o que é pior, achando que a morte da filha num parto foi gloriosa ou decisão divina, não procurando a justiça. Mesmo sabendo que a justiça é lenta, a gente não vai desistir desta luta (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

Ao visibilizar a morte no parto criticou a sua naturalização. Nesse quadro buscar a justiça é não aceitar que essa morte foi gloriosa, em função do nascimento de um bebê ou decisão divina. É enquadrar a assertiva “morreu de parto”. Nessa perspectiva, é possível considerar que a autonomia no parto é também lutar para que o tema da mortalidade materna e no parto seja visível, enquanto problema de saúde e de justiça. Uma luta que deveria ser social, já que afeta toda a sociedade e que merece atenção biopolítica. Contudo, essa tese se propõe a pensar a autonomia ao parir. A autonomia em vida.

O periódico mencionou que no início Carmen e sua família pensaram em fazer a campanha sobre mortalidade materna centrada na figura de Marina e a questionou “como isso se transformou numa luta coletiva?” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

Quando procurei a Rede apresentei nossa tristeza e o desejo de denunciar, recebi apoio e a proposta de fazer da minha dor uma causa mais ampla. Isso deu maior dimensão e acho que encontramos o caminho certo. Nessa trajetória encontrei a Themis, a Fátima Oliveira e a Regional da Rede Feminista de Saúde no Rio Grande do Sul. Agora estou encontrando outras pessoas maravilhosas, como Simone, irmã de Vânia Araújo, que também morreu de forma trágica, absurda e injusta, e isso dá uma força enorme pra gente (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

Quando Carmen considerou a morte de Vânia “trágica, absurda e injusta” e que encontrar sua irmã na mesma luta a fortaleceu, pode se entender que a morte evidenciou a precariedade compartilhada. Tornou possível, o direito ao luto, por meio dos corpos em aliança política e ao mesmo tempo, a aliança entre aqueles/as que nem se conheciam.

Desse modo, reconhecer a condição compartilhada da precariedade significa admitir que o corpo é social. Contudo, existem populações que “podem ser sacrificadas, precisamente porque foram enquadradas como já tendo sido perdidas” (BUTLER, 2018, p. 53). Ou, ainda:

[...] são consideradas como ameaças à vida humana como a conhecemos, e não como populações vivas que necessitam de proteção contra a violência ilegítima do Estado, a fome e as pandemias. Conseqüentemente, quando essas vidas são perdidas, não são objeto de lamentação, uma vez que, na lógica distorcida que racionaliza sua morte, a perda dessas populações é considerada necessária para proteger a vida dos ‘vivos’ (BUTLER, 2018, p. 53).

A fundadora da Associação mencionou que “o primeiro passo da Associação [é] tornar pública a quantidade de mulheres que morrem de morte materna, pois 96% são preveníveis e evitáveis. E, para isso, usar a mídia e mostrar a violência que encobre as vítimas” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33). Também apontou que “a Associação terá atenção especial com a situação das mulheres negras” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 33).

Quando questionada sobre a responsabilização, apontou o Estado como o maior responsável pelas mortes. Disse que entendia o papel da Associação de modo diferenciado em relação aos Comitês de Morte Materna. Enquanto os Comitês “funcionam muito como produtores de estatísticas e números, e pouco para a prevenção”, o papel da Associação era “estimular a participação da sociedade nessa luta, pode ser um fator de pressão para que esses comitês funcionem melhor”. Mas reconheceu que o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (mencionada na sequência) dependia do funcionamento dos comitês (JORNAL DA REDE, 2006, p. 34).

Para Butler as alianças não estão necessariamente baseadas em posições de sujeito, mas em “formas de oposição política a certas políticas estatais e outras políticas regulatórias que efetuem exclusões” (BUTLER, 2018b, p. 210). Para isso, é necessário que aqueles que estão comprometidos com a luta política estejam dispostos a refletir sobre a categoria “minorias”. Os poderes regulatórios enquadram debates de modo a promover impasses e oposições, diminuindo a força política e colocando em conflito exatamente estas “minorias”.

Se certas vidas são consideradas merecedoras de existência, de proteção e passíveis de luto e outras não, então essa maneira de diferenciar as vidas não pode ser entendida como um problema de identidade nem sequer de sujeito. Trata-se, antes, de uma questão de como o poder configura o campo em que os sujeitos se tornam possíveis ou, na verdade, como eles se tornam impossíveis (BUTLER, 2018b, p. 231-232).

Carmen afirmou que apesar de ser acusada de “justiceira”, isso não a afetava e que tinha como compromisso obter dados e localizar familiares enlutados, por entender que tinha uma missão. Apesar disso, disse estar preocupada “que em função de nossa missão de responsabilização os comitês não queiram nos ajudar, pois mesmo não sendo propriedade de governos, embora sejam órgãos do governo, há uma forte influência neles” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 34).

Nem jornalistas, nem pessoas em geral sabem [sobre a mortalidade materna], e os dados chocam, então estamos cumprindo um papel. Nos debates pela Internet, além de nos chamar de justiceiras, há quem nos acuse de acobertar a defesa do aborto ao defender as vítimas que morreram por abortar é porque não tiveram o direito de decidir, e morreram por discriminação e falta de atendimento. Essa morte, por aborto, é uma violência igual e deve ser denunciada, não importa, pois muitas famílias nesses casos têm vergonha de relatar as circunstâncias da morte. [...] Estamos elaborando folder, um banner, montando um site com links, criando uma comunidade no Orkut e trocando informações nas listas feministas. E começando a estudar estratégias para disseminação de informações entre jovens, o que é um desejo dos irmãos de Marina, além de disponibilizar uma linha telefônica própria para a entidade. Estamos ainda contando com as filiadas da Rede Feminista de Saúde em todo o país para obter contatos com familiares de vítimas, a fim de dar uma capilaridade à Associação e impregná-la de um caráter nacional. A RFS [Rede Feminista de Saúde] com certeza é a maior parceira da Associação. (JORNAL DA REDE, 2006, p. 34).

Concluiu abordando o quanto a terminologia da mortalidade materna era ainda desconhecida, reafirmando o papel da Associação e sua aliança com o movimento feminista, em dar visibilidade ao assunto. Disse que estavam acusando-as de estar acobertando a defesa do aborto com o tema, como se o aborto não estivesse no quadro do óbito materno e como se a legalização do aborto não fosse uma causa sabidamente feminista. Defendeu que morrer ao abortar é uma “violência igual e deve ser denunciada” já que “não tiveram o direito de decidir, e morreram por discriminação e falta de atendimento”. Ao final, mencionou todos os materiais e meios de divulgação e que a maior parceira da Associação era a Rede Feminista de Saúde com conexões em todo o país na busca de contatos com os familiares das vítimas (JORNAL DA REDE, 2006, p. 34).

É importante retomar as histórias de Alyne, Marina e Vânia para pensar sobre o direito ao luto. Embora Alyne tenha falecido e uma ação judicial tenha sido movida dentro do recorte temporal proposto por esta pesquisa, sua história não foi contada em nenhum dos jornais pesquisados neste recorte, nem na imprensa feminista, nem na tradicional e nem nos jornais vinculados à humanização do parto. Pode-se atribuir isso ao fato de Vânia ser uma importante militante do movimento feminista e de esquerda e a história de Marina estar em repercussão em virtude do lançamento da Associação de familiares das vítimas, que levava seu nome. Contudo, as três tinham processos judiciais em âmbito nacional e mesmo as mulheres negras compondo numericamente a maior parte do quadro da mortalidade materna, os casos escolhidos para representá-la foram brancos.

A mortalidade materna é, portanto, uma experiência interseccional, corporificada por gênero, classe e raça. Nesse sentido, é indispensável associar o direito ao luto à branquitude. Para Lia Schucman (2012) colocar “o branco” em questão é romper com o pacto racista.

O fato de o preconceito racial recair sobre a população não branca está diretamente relacionado ao fato de os privilégios raciais estarem associados aos brancos. O branco não é apenas favorecido nessa estrutura racializada, mas é também produtor ativo dessa estrutura, através dos mecanismos mais diretos de discriminação e da produção de um discurso que propaga a democracia racial e o branqueamento. Esses mecanismos de produção de desigualdades raciais foram construídos de tal forma que asseguraram aos brancos a ocupação de posições mais altas na hierarquia social, sem que isso fosse encarado como privilégio de raça. Isso porque a crença na democracia racial isenta a sociedade brasileira do preconceito e permite que o ideal liberal de igualdade de oportunidades seja apreendido como realidade (SCHUCMAN, 2012, p. 14).

O intuito nessa tese é o de não se isentar e denunciar que os/as brancos/as têm privilégios até depois de mortos, no direito a enlutar e ser enlutado/a, na Justiça, nas mídias e, não foi diferente na imprensa feminista. Existe uma valorização da vida branca não apenas porque a elite econômica é branca, mas também porque o/a branco/a aparece como paradigma de valor e de vida ideal (CARNEIRO, 2005).

Contudo, não cabe menorizar a morte das mulheres brancas no parto. O gênero, assim como a raça e a classe, é uma marcação corpórea de desigualdade e o parto é um dos momentos de maior vulnerabilidade. As mortes de Vânia e Marina comoveram (e comovem) pela perda que representam, pelos seus projetos pessoais e coletivos, pelos familiares que ficaram, inclusive a filha de Marina que sobreviveu ao parto e não pode conviver com a mãe.

No texto de apresentação do *Jornal da Rede* a secretária executiva em exercício (gestão 2002-2006) respondendo pela Rede Feminista de Saúde foi a médica negra Fátima Oliveira, que explicou que a RFS buscava “ampliar a compreensão das famílias enlutadas, informando-as de que além de um direito, é seu dever integrar a luta para que os governos assumam suas responsabilidades na superação de tão antigo e grave problema de saúde pública” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 4). De acordo com Oliveira: “se a morte materna é um mau carma coletivo, urge entoar o mantra de que as mulheres morrem de parto porque os governos permitem” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 5). Além disso, o impresso da RFS se mostrou engajado com o tema para além do período da CPI da Mortalidade Materna.

Diferente de *Fêmea*, por exemplo, que fez da CPI sua agenda na virada do milênio, mas passado o relatório final da mesma, o tema foi raramente mencionado. Indicando que a pauta na Rede fazia parte dos debates feministas para além das políticas institucionais e dos períodos de tramitação de inquéritos e estava em diálogo com o movimento negro.

Desde sua criação, em 1991, a Rede Feminista de Saúde (RFS) vem salientando o tema da morte materna como uma de suas prioridades de atuação política. A partir de 2003, reforçou o protagonismo de articulação política junto ao movimento feminista em geral e ao movimento negro em particular, no campo da morte materna. (JORNAL DA REDE, 2006, p. 21).

O impresso além de buscar responsabilizações, também trouxe novas perspectivas ao tema: O artigo de Ana Cristina Tanaka⁷⁶ observou que a mortalidade materna não está diretamente relacionada ao desenvolvimento do país, é uma questão econômica e de vontade política. “Na verdade, ela depende da política de saúde local, da organização e integração dos serviços de saúde e da qualidade de assistência prestada à mulher” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 7). E, refletiu que, além das subnotificações, “a morte materna é mal informada. Quem declara o óbito é o médico. Quando não há assistência médica, o delegado pode fazer a declaração do óbito e colocar que a morte foi sem assistência médica [...]” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 8). Para Tanaka: “[...] é frequente que o profissional declare uma causa vaga, impedindo sua classificação como óbito materno. Por exemplo, descreve-se – como causa de morte – infecção ou parada cardiorrespiratória” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 8).

Em outro texto, Tanaka escreveu juntamente com Alaerte Leandro Martins⁷⁷ sobre as sobreviventes da morte materna. Para as autoras, o óbito materno representaria um ato de violência contra as mulheres e feria “um direito fundamental que é o direito à vida. Trata-se de morte anunciada para as mulheres excluídas, [...] ocorrendo principalmente na periferia dos centros urbanos” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 10). Contudo, as especialistas relataram a necessidade de se dar atenção aos casos das sobreviventes: cerca de 40% das gestantes experimentariam algum

⁷⁶ Enfermeira, professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, Diretora do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, integrante da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e uma das especialistas mais entrevistadas sobre o tema no período.

⁷⁷ Enfermeira e, na época, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, ex-presidente e integrante do Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna do Paraná e filiada à Rede Feminista de Saúde.

tipo de morbidade e, do mesmo modo que a mortalidade materna era possível “estabelecer a evitabilidade e a responsabilidade dos casos” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 11). Pois, estes poderiam ser indicadores mais sensíveis “da assistência obstétrica e permitir maior vigilância e provisão de cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 12). Apesar de apontar este dado, não lançaram instrumentos para a “coleta” destas informações, de como ouvir essas mulheres seqüeladas e traumatizadas pelo parto. Apenas mencionaram esperanças de que com o advento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, seriam desenvolvidas pesquisas sobre a morbidade materna e novas políticas poderiam melhorar a qualidade de vida das mulheres (JORNAL DA REDE, 2006).

Em outro artigo Adson França Santos (médico, Coordenador do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde) e Maria José de Oliveira Araújo (médica, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, no período) fizeram um balanço deste Pacto. Lançado em 08 de março de 2004 pelo Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tinha por objetivo articular “atores sociais [...] para enfrentar os indicadores epidemiológicos conhecidamente adversos” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 27). O Pacto contou com adesão das unidades federadas, articulando Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras instituições governamentais e da sociedade civil. Foi a primeira articulação em saúde nos níveis federal, estadual e municipal (JORNAL DA REDE, 2006).

O balanço de dois anos de implementação do Pacto apresentou crescimento do número de Comitês de estudo da mortalidade materna (aumento de 92% do número de comitês municipais, entre 2002-2005); apoio a projetos para formação de doulas, especialização em enfermagem obstétrica, capacitações de parteiras tradicionais e profissionais de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Xavantes (Mato Grosso, Minas Gerais, Espírito Santo, Pernambuco, Pará, Paraíba e Goiás) em convênio com a ONG Grupo Curumim; capacitações de profissionais da saúde e parteiras tradicionais do Acre; capacitação de 45 parteiras quilombolas da Comunidade Kalunga (Goiás) que somam às 904 treinadas anteriormente;

seminários de qualificação da atenção obstétrica exigindo presença de Diretores(as), Chefiar de Obstetrícia e Neonatologia e Chefiar de Enfermagem Obstétrica de grandes maternidades. “Até o momento, foram qualificadas 325 maternidades de referência dos estados [...] além de uma maternidade de referência em cada capital brasileira” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 28).

De acordo com Santos e Araújo o Ministério da Saúde e o Governo Brasileiro “vêm, sabidamente, incorporando as reivindicações históricas da sociedade brasileira, do movimento feminista e das mulheres negras” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 29), elaborando políticas e comprometendo gestores. Contudo, o desafio passava “pelo enfrentamento das dificuldades de gestão no âmbito dos municípios e estados e, naturalmente, pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 29). Ambos remetem ao que nesta tese se entende como um desafio biopolítico, pela gestão populacional da vida de modo que cada sujeito internalize o seu papel, de “monitorar a implementação das políticas” e para isso, propuseram que “cabe à sociedade civil intensificar o controle social e sua participação persistente e com qualidade” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 29).

Contudo, a formulação do Pacto gerou controvérsias e o *Jornal da Rede* as apresentou. Fátima Oliveira, em entrevista ao *Jornal da Rede* (na mesma edição que coordenou), mencionou o trabalho da RFS em “reavivar” a discussão sobre a naturalização da mortalidade materna e considerou um equívoco abordar a morte materna junto da neonatal no Pacto. Pois, considerou que abordá-las “ao mesmo tempo e na mesma política” contribui para “[...] a morte materna ser relegada a um plano irrelevante, na medida em que a morte de crianças comove mais, desde gestores até a sociedade” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 30). Avaliou que a mortalidade infantil era, em grande medida, encampada pela “CNBB (leia-se Pastoral da Criança)” e disputava recursos com os óbitos maternos (JORNAL DA REDE, 2006, p. 30).

Por isso, lutamos muito para que o Pacto pela Redução da Morte Materna fosse uma política e a Redução da Morte Neonatal fosse outra [...] mas não tivemos força política para tanto, no processo de construção do Pacto, e nos rendemos ao que era possível construir naquela conjuntura política. No entanto, reconhecemos que o Pacto é, inegavelmente, uma política de magnitude e que revela um inequívoco compromisso político do atual governo com o combate à mortalidade materna e neonatal. E constitui a mais importante estratégia construída por um governo latino-americano em todos os tempos, em relação à morte materna (JORNAL DA REDE, 2006, p. 30).

Apesar da negociação pelo Pacto representar uma concessão, inclusive feminista, em prol da articulação de políticas, correndo o risco do tema da mortalidade infantil encobrir o da mortalidade materna, na visão de Oliveira, representou “a mais importante estratégia” da América Latina na resolução deste problema. Foi um compromisso político do governo brasileiro no combate da mortalidade materna e neonatal (JORNAL DA REDE, 2006, p. 30).

Na sequência, a médica foi questionada sobre o “Quesito Cor” nos atestados de óbito. E explicou que “ainda não foi devidamente absorvido pelos profissionais de saúde como dado epidemiológico essencial. Durante as discussões, o acordado foi que o ‘Quesito Cor’ terá o destaque que merece” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 31). Contudo, o preenchimento do quesito cor/raça nos formulários e sistemas de saúde só se tornou obrigatório em 2017, através da Portaria nº 344 do Ministério da Saúde⁷⁸, mostrando que o quadro da branquitude como norma inquestionável permaneceu nas estruturas governamentais, mesmo havendo um movimento por parte dos profissionais da saúde em absorver o dado. Nesse ponto, se pode observar a prática biopolítica como poder de regulamentação e não só disciplinar. Foi necessária uma Portaria para que a disciplina de registrar a cor fosse incorporada à prática em saúde, apesar de todas as ações capilares que vinham sendo implantadas. Do mesmo modo, a nível populacional, o Pacto pela Redução da Morte Materna e Neonatal exercia sua governamentalidade.

Sueli Carneiro (2005) apontou a não determinação da cor como uma desqualificação da vida, que inscreve as mulheres negras em um maior risco ao óbito materno, já que demonstra um descaso em conhecer as predisposições biológicas.

[...] a desqualificação da importância da vida segundo a racialidade imprime e determina o descaso e a desatenção, e, não prioridade, da busca de reconhecimento e conhecimento dessas singularidades. [...] Os dados disponíveis permitem dizer que as mulheres negras portam uma maior predisposição biológica para a hipertensão arterial (a primeira causa de morte materna no Brasil) e que no período da gravidez essa predisposição biológica em condições adversas, desfavorecem as mulheres negras. E que essas predisposições biológicas precisam se conhecidas para diminuir o entorno das condições desfavoráveis. Condições biológicas aliadas à condições sociais desfavoráveis potencializam-se para inscrever as

⁷⁸ Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20preenchimento%20do,sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde. Acesso em: 12 mai. 2022.

mulheres negras num círculo vicioso de incidência superior ao risco de morte materna. (CARNEIRO, 2005, p. 80-81).

Na opinião de Oliveira, a Área Técnica de Saúde da Mulher vinha respondendo “às bandeiras históricas das mulheres negras” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 31) e mencionou ações:

[...] introdução ao exame para detecção da Anemia Falciforme nos exames de pré-natal; elaboração e publicação do “Manual Perspectiva da Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras”; inclusão do “Quesito Cor” nos formulários do Ministério da Saúde (JORNAL DA REDE, 2006, p. 31).

A médica se mostrou otimista, considerando que as mulheres negras seriam as maiores beneficiadas com o Pacto.

Eu, pessoalmente, entendo, depois de tantos anos na peleja na área da saúde da população negra em nosso país, que as mulheres negras são as beneficiárias mais diretas da ação universal do Pacto, pois são as que mais morrem da primeira causa de morte materna no País: toxemia gravídica, que resulta da hipertensão arterial não tratada durante a gravidez. Arrisco ainda a dizer que, com a implementação do pacto, só a médio prazo é que teremos dados suficientes para evidenciar em que aspectos as mulheres negras precisam de “algo mais”, de um olhar e uma ação mais focada, do que a que vem proposta atualmente (JORNAL DA REDE, 2006, p. 31).

Por fim, mencionou que não havia um dado nacional que comparasse a taxa de mortalidade materna e neonatal entre mulheres negras e brancas. Para tentar responder essa questão consultou Maria José Araújo, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e Alaerte Leandro Martins, pesquisadora do tema da morte materna no Paraná com recorte racial, que responderam: “Não há estudo nacional que tenha produzido o dado” (JORNAL DA REDE, 2006, p. 31).

Embora, já houvesse uma “demanda real” para a produção deste dado nacional, só existiam estudos em nível estadual, com subnotificação e subinformação, que para Oliveira (JORNAL DA REDE, 2006) não poderiam ser extrapolados para a realidade do país. Fator que evidencia o quanto o “saber-poder”, de ter uma dimensão precisa da desigualdade para a intervenção política que interseccionasse gênero e raça, era uma demanda das mulheres negras. Indicando a necessidade do registro do quesito cor nos formulários e sistemas de saúde para que as vidas (e as mortes) pudessem ser contabilizadas e pudessem relatar a si em

suas especificidades e não apagadas politicamente diante de um sujeito universal apenas genericado, homem ou mulher.

Nesse tópico, portanto, se tratou da imprensa feminista e foi possível pensar na distribuição desigual do luto público. Butler (2018b, p. 65) observou que depois dos atentados de 11 de Setembro⁷⁹ na mídia foram divulgados nomes, histórias pessoais e depoimentos de familiares enlutados americanos. Já aos trabalhadores ilegais imigrantes “não houve absolutamente nenhum luto”. Nesse sentido, relacionando mídia e governos, ela questionou essa regulação do lamento público e defendeu a importância de declarar nomes, “reunir alguns resquícios de uma vida, exibir e confessar publicamente as perdas” (BUTLER, 2018b, p. 65). Segundo Butler, o luto público demonstra a indignação diante da injustiça. A não aceitação da perda. E, essa publicidade/publicização dos registros, de se fazer esse trabalho de memória é potente ao perturbar a ordem e questionar as autoridades, já que tentam controlar a comoção e manter o não reconhecimento daquela morte-vida.

Para Butler, as políticas de esquerda que criticam a violência do Estado deveriam focar menos nas políticas identitárias e mais na “precariedade e em suas distribuições diferenciais”, para que possam se formar coligações capazes de superar os “impasses liberais”. Em sua defesa afirmou que a precariedade “perpassa as categorias identitárias [...], criando, assim, a base para uma aliança centrada na oposição á violência do Estado e sua capacidade de produzir, explorar e distribuir condições precárias e para fins de lucro” (BUTLER, 2018b, p. 55).

Em suma, não existe corpo invulnerável e a responsabilidade coletiva não deve se concentrar no valor desta ou daquela vida, mas sim “na manutenção das condições sociais de vida, especialmente quando elas falham” (BUTLER, 2018b, p. 59). Para Butler, ao assumir a responsabilidade o “eu” pode se revelar um “nós”. Entretanto, é preciso perguntar sobre esse pertencimento: Se há um sentimento de responsabilidade somente entre aqueles que se assemelham?

Talvez essa responsabilidade só possa começar a ser internalizada por meio de uma reflexão crítica a respeito das normas excludentes de acordo com as quais são constituídos os campos da possibilidade do reconhecimento, campos que são implicitamente invocados, quando, por um reflexo cultural, lamentamos a perda de determinadas vidas e reagimos com frieza diante da morte de outras (BUTLER, 2018b, p. 61-62).

⁷⁹ Em 11 de setembro de 2001 dois aviões colidiram contra as Torres Gêmeas do World Trade Center, em Nova York. Todos a bordo e muitos dos trabalhadores dos edifícios faleceram. Como resposta ao atentado, os EUA iniciaram uma campanha militar invadindo Afeganistão e Iraque, conhecida como “Guerra ao Terror”.

Portanto, a prática da não violência exige um comprometimento de luta também no “âmbito da aparência e dos sentidos” de modo que na mídia as maneiras diferenciadas (no sentido hierárquico) de luto possam ser superadas. Já que nenhum sujeito tem o monopólio de ser perseguido ou perseguidor, colocou Butler. Por isso, a responsabilidade política deve questionar veiculações que se baseiam nestes quadros, e a condição compartilhada da precariedade, ou seja, a aliança em prol do reconhecimento da condição de vida vivível e do direito ao luto, deve ser o horizonte político daqueles/as comprometidos/as com a transformação social.

4 AUTONOMIA SEXUAL E REPRODUTIVA ÀS PARTURIENTES

4.1 Autonomia: preferências, assembleia e relatar a si

O jornal *Mulher e Saúde* (da Sempreviva Organização Feminista) em junho de 1994 teve como chamada de capa “Ano de eleição”, afirmando que aquele era o momento em que as mulheres deveriam exigir compromisso dos candidatos com a saúde. “No Brasil, ser mulher faz mal para a saúde” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 4) foi o enunciado escolhido pelo periódico.

Observou que as mulheres, em quase todo o mundo não se percebem como “donas de sua própria vida. A maioria de nós, mulheres, tem baixa autoestima, isto é, não se acha uma pessoa digna, com força para decidir sobre sua vida e para exigir seus direitos de cidadã” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 4). Além disso, *Mulher e Saúde* mencionou o “descaso” com a saúde da população feminina e que “as principais doenças das mulheres vêm das condições em que elas exercem a maternidade e a sexualidade e de sua relação com o tipo de trabalho que fazem, mas a sociedade se faz de cega” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 4). Contudo, de acordo com o impresso, “hoje em dia, felizmente muitas mulheres já estão querendo mudar toda essa situação. Elas ganharam confiança, organizaram movimentos e lutam juntas para exigir seus direitos” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 5).

O jornal ainda reconheceu que as condições de vida são piores “para as mulheres mais pobres, negras, lésbicas, idosas, chefes de família” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 5), desconstruindo a ideia da mulher universal e observando as diferenças e intersecções. Compreendeu também o quanto a maternidade, enquanto ideologia, serve à subordinação das mulheres e a importância de desnaturalizá-la.

Essa falsa ideia de que as mulheres nascem para ser mães é usada para justificar outra falsa ideia: a de que as mulheres precisam estar sempre subordinadas e dependentes de alguém, isto é, de algum homem, seja pai, chefe ou marido. É por causa dessa falsa ideia que as mulheres são vistas como pessoas que não inspiram confiança para tomar decisões, nem para exercer cargos de poder. Hoje em dia, muitas mulheres estão descobrindo que a realidade é muito diferente desse modelo transmitido como se esse fosse o destino de todas. [...] As feministas mostram que o papel inferior não é natural e que as mulheres têm direito de autodeterminação, que é o direito de mandar na própria vida (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 6).

Observou que a expectativa de vida estava maior, as doenças contagiosas estavam mais controladas e “as mulheres estão vivendo mais do que antes também porque estão tendo menos filhos e morrem menos de parto, considerando que melhoraram um pouco as condições de realização dos partos” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 6). O foco da matéria não foi abordar o parto, mas a possibilidade de autonomia às mulheres em todos os âmbitos de sua vida, partindo da saúde e da possibilidade de vivenciar a maternidade como escolha e ao parir, sobreviver e o restante da edição se dedicou ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Teceu críticas ao instinto materno e a universalização das mulheres e utilizou palavras como: “donas de sua própria vida”, “autoestima”, “pessoa digna”, “força para decidir”, “exigir seus direitos de cidadã”, “confiança”, “organizar movimentos”, “lutar juntas”, “direito de autodeterminação” e “direito de mandar na própria vida”.

A década de 1990 foi marcada por importantes Conferências da ONU. Nestas conferências se destacaram a importância da cooperação internacional e da ação coletiva para enfrentar as desigualdades de gênero e a promoção dos direitos humanos. A Conferência sobre População e Desenvolvimento aconteceu na cidade do Cairo (Egito) e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (China) no ano posterior, em 1995. Em Cairo o conceito de saúde sexual e reprodutiva foi implantado como pauta de resistência contra as políticas coercitivas e o conceito foi ratificado em Pequim.

Do mesmo modo que o amor materno não é um discurso natural, mas construído, o discurso sobre direitos sexuais e reprodutivos é elaborado e neste caso, precisa ser sustentado, dado o sentido da provisoriedade, pois conforme Pinto (2005, p. 82): “não se trata de uma condição de constante mudança, mas que sinaliza que se não lutarmos todos os dias para que os nossos direitos continuem sendo direitos, nós podemos perdê-los”.

Na Conferência do Cairo, os direitos reprodutivos se tornaram o centro de um acordo internacional, modificando o debate sobre crescimento populacional que vinha se desenvolvendo. Em termos jurídicos, ao menos, houve visibilidade e acolhida das demandas feministas. O Capítulo IV tratou da equidade e empoderamento da mulher.

O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu status político, social e econômico são, em si mesmas, um fim de alta importância.

Além de ser essencial à realização de um desenvolvimento sustentável. Plena participação e parceria tanto da mulher quanto do homem são necessárias à vida produtiva e reprodutiva, inclusive a partilha das responsabilidades no cuidado e alimentação dos filhos e na manutenção da família. [...] As relações de poder que impedem a mulher de alcançar uma vida sadia e plena operam em muitos níveis da sociedade, desde os mais pessoais até os mais altamente públicos. Conseguir uma mudança requer ações de política e programas que melhorem o acesso da mulher a meios de vida seguros e a recursos econômicos, aliviem sua excessiva responsabilidade com relação aos encargos domésticos, removam impedimentos legais a sua participação na vida pública e promovam a conscientização social por meio de eficientes programas de educação e de comunicação de massa. Ademais, a melhoria do status da mulher reforça também sua capacidade de tomar decisões em todos os níveis das esferas da vida, especialmente na área da sexualidade e da reprodução. (ONU, 1994, p. 49-50).

Nas negociações do Cairo, a necessidade de abordar o “empoderamento” das mulheres teve “mais visibilidade que os temas demográficos e do crescimento econômico, sendo definitivamente reconhecidos como componentes inegociáveis do desenvolvimento sustentável” (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 171).

Por sua vez, a Conferência de Pequim trouxe “três inovações dotadas de grande potencial transformador”: os conceitos de gênero, empoderamento e transversalidade. O primeiro passou a considerar as relações socioculturais entre homens e mulheres como passíveis de modificação e não como aspectos biológicos. O conceito de empoderamento “consiste em realçar a importância de que a mulher adquira o controle sobre o seu desenvolvimento, devendo o governo e a sociedade criar as condições para tanto e apoiá-la nesse processo”. E a transversalidade para assegurar que a perspectiva de gênero integre as políticas públicas em todas as instâncias (ONU, 1995, p. 149).

Analisando o relatório do Cairo (1994), a palavra “autonomia” apareceu cinco vezes, enquanto “empoderamento” duas vezes e “parto” 21 vezes. Já no documento de Pequim (1995), “autonomia” foi citada seis vezes, “empoderamento” 22 vezes e “parto” quatro vezes. Não houve nenhuma ocorrência da expressão “autonomia ao parir” ou colocação de “autonomia” associada diretamente ao parto, apenas em contexto mais amplo dos direitos das mulheres. Também foi possível localizar⁸⁰ que, as poucas vezes que a palavra “parto” apareceu estava associada ao risco e a promoção do parto seguro. O “parto cesáreo”, a “cesárea” ou “cesariana” foram buscados e, constou uma variante no relatório de Cairo, conforme segue: “assistência adequada no parto, que evite recursos excessivos a cirurgias

⁸⁰ Análise feita pela autora.

cesarianas” (ONU, 1994, p. 76). Já em Pequim, não se fez menção a cesárea (e as variantes desse tipo de parto), indicando que o foco eram os direitos sexuais e reprodutivos e o debate parto normal *versus* cesáreo não teve acolhida nas conferências. Ainda, cabe notar que os conceitos de “empoderamento” e “autonomia” aparecem como sinônimos (ONU, 1994; ONU, 1995).

Para Sardenberg (2009, p. 2) o empoderamento surgiu da “práxis” para a “teoria”, tem raízes radicais, mas está sendo utilizado de formas que devemos desconfiar: “Por certo, o que [...] o Banco Mundial entende por ‘empoderamento’, não pode ser a mesma coisa que nós, feministas, as latino-americanas, em especial, entendemos por ‘empoderamento’”.

Para nós, feministas, o empoderamento de mulheres, é o processo da conquista da autonomia, da autodeterminação. E trata-se, para nós, ao mesmo tempo, de um instrumento/meio e um fim em si próprio. O empoderamento das mulheres implica, para nós, na libertação das mulheres das amarras da opressão de gênero, da opressão patriarcal. [...] Isso não quer dizer que não queiramos também acabar com a pobreza, com as guerras, etc. Mas para nós o objetivo maior do ‘empoderamento’ é destruir a ordem patriarcal vigente nas sociedades contemporâneas, além de assumirmos maior controle sobre ‘nossos corpos, nossas vidas’. (SARDENBERG, 2009, p. 2).

As origens da nomenclatura “empoderamento” estão numa articulação de propostas feministas com os princípios da educação popular e das reflexões de Paulo Freire sobre a “pedagogia do oprimido”. Sardenberg (2009) também colocou que existe uma perspectiva em que o empoderamento está ligado a capacidade de fazer escolhas estratégicas e que isso implica em três dimensões: os recursos materiais, humanos e sociais, ou seja, as pré-condições para a feitura das escolhas; a agência, o “poder para”, a capacidade de definir essas escolhas independentemente dos outros; e, por fim, as realizações, ou o resultado dessas escolhas. A autora também defendeu que, o primeiro passo para o empoderamento é a conscientização, sendo que ela não nasce naturalmente em cada indivíduo, mas é desenvolvida por forças externas. Assim, o processo de empoderamento é coletivo e citou como exemplo o contato com uma ativista e/ou um grupo de facilitadores/as que podem trazer novas informações e induzir ao encorajamento e organizar uma comunidade para a ação.

Contudo, Joice Berth (2019, p. 73) no livro “Empoderamento” colocou que embora os agentes externos sejam essenciais, a dinâmica do processo de

empoderamento é definida pelo quanto e quão rápido as pessoas “mudam a si mesmas”. Pensando em termos do Estado, mesmo que os governos se dediquem a capacitar pessoas e elas se fortaleçam, “os governos não empoderam as pessoas; as pessoas empoderam-se. Assim, o que as políticas governamentais e ações podem fazer é criar um ambiente favorável ou agir como uma barreira ao processo de empoderamento”. Ainda de acordo com Berth (2019, p. 108), o empoderamento para as feministas negras pode ser pensado de “uma maneira mais abrangente ao ter a interseccionalidade como ferramenta essencial de estratégia e de luta política”.

As Conferências de Cairo e Pequim funcionaram mais como cartas de intenções do que tenham tido peso jurídico. A ideia foi de gerar um compromisso aos Estados e, no caso do descumprimento dessas normativas, ao menos um constrangimento, já que essas conferências estabeleceram políticas comuns aos Estados signatários para regular suas populações e, paradoxalmente, criar as condições necessárias para a sua autonomia. Esses acordos são, contudo, normativas para que todos possam ter saúde sexual e reprodutiva com autonomia/empoderamento sobre sua sexualidade e parentalidade. Em Cairo, se transformou o debate populacional enfatizando a necessidade de investir na saúde sexual e reprodutiva e, em Pequim, houve o avanço por meio do conceito de gênero, da necessidade de empoderamento e enfoque transversal. Em suma, ambas as conferências tentaram promover a igualdade entre homens e mulheres, a responsabilidade dos homens e do Estado no processo reprodutivo e o acesso a informações e serviços de qualidade.

Corrêa e Petchesky (1996, p. 149) problematizaram o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, observando que sua definição se dá no terreno do poder e dos recursos, ao tomar decisões informadas e levar a cabo essas decisões de modo seguro. Ao criticar sua linguagem indeterminada e universalista, sugeriram a reconstrução do conceito de modo interseccional, onde gênero, classe, raça, cultura e necessidades sociais fossem reconhecidas, observando que no modelo liberal essas diferenças que estruturam o limite das escolhas de cada pessoa são tornadas invisíveis.

Nosso principal argumento é que os direitos sexuais e reprodutivos (ou quaisquer outros), compreendidos como ‘liberdades privadas’ ou ‘escolhas’, não têm sentido, especialmente para os grupos sociais mais pobres e privados de direitos – quando estão ausentes as condições que permitem seu exercício (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 149).

As feministas estão “deslocando o peso das obrigações correlativas da esfera dos agenciamentos individuais para o plano da responsabilidade pública”, reconhecendo os contextos em que os indivíduos agem e suas “identidades múltiplas e autodefiníveis” e colocando a necessidade da redistribuição dos recursos (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 155).

Analisando o cenário do parto no Brasil (entre 1979 e 2006) a partir da imprensa brasileira, sobretudo da feminista, temos alguns resultados, como o cenário de precariedade da vida das mulheres, a associação do parto à mortalidade materna e neonatal, o poder médico e o assujeitamento das parturientes e uma discussão do parto que se limita ao binômio parto vaginal ou cesáreo, desconsiderando outras vias de parto e uma discussão enfática sobre direitos ao parir. Considerado isto, cabe retomar o objetivo principal da tese, responder a pergunta: houve debate na imprensa feminista pela autonomia ao parir?

Para Izabel Magalhães (2009) no Brasil existem dois discursos históricos de gênero: um tradicional (o materno ou das mulheres vítimas de violência, por exemplo) e outro emancipatório (das profissionais ou rebeldes) que resulta das transformações nos discursos de gênero. O discurso emancipatório é, nesse sentido, um exercício de ruptura com as práticas hegemônicas do racismo, do machismo e do elitismo. A delimitação da autora está se referindo às mulheres e suas relações e não propriamente a todos os gêneros.

O primeiro discurso, deriva da aliança entre o Estado e a Igreja Católica e da dominação exercida pelos homens. É um discurso de controle, no qual os significados mantêm os homens em posições tradicionais, enquanto as mulheres se conservam na desvantagem. Além disso, com frequência as mulheres são representadas negativamente ou de modo agressivo. Já o discurso de liberação ou emancipatório é marcado pelas reivindicações políticas das mulheres e pela sua presença na Câmara e no Senado Federal ou na liderança de fábricas, empresas e profissões liberais. Apesar disso, não existe uma divisão nítida entre os discursos de controle e os de emancipação, já que os contextos sociais, as relações e as posições de sujeito oscilam (MAGALHÃES, 2009).

Cabe expressar que a hipótese foi tratada pela pesquisadora desta tese, inicialmente, como favorável, ou seja, de que no período houve debate na imprensa feminista sobre autonomia ao parir. É importante manifestar essa

hipótese/expectativa, pois não se acredita em neutralidade, mas em posições ao pesquisar. Por isso, cabe salientar que o trabalho foi centrado na verificação dessa hipótese, tratando-a como uma assertiva que seria validada ou não.

Mesmo ciente do contexto neoliberal e da desigualdade econômico-social, a base dessa expectativa esteve centrada em três eventos/programas ou movimentos que serão aprofundados nesse capítulo e confrontados especificamente, um por vez, em relação à referida hipótese: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, as parteiras organizadas e as Casas de Parto e por fim, o tema que no período começou a aparecer nos jornais e, atualmente, é um dos propulsores dos assuntos sobre parto nas mídias, a humanização do parto – tanto o movimento social quanto o profissional e governamental/institucional.

Nesse sentido, se analisou as possibilidades ou condições de emergência do debate sobre autonomia ao parir na imprensa feminista brasileira, entre 1979 e 2006. Aproximando-se do final desta grande tarefa que é uma tese, é necessário retomar e aprofundar a discussão do conceito de autonomia com Monalisa Barros, que apesar de não abordar o discurso feminista, se dedicou a discutir a autonomia no parto; com Flávia Biroli, principal nome brasileiro nas teorias feministas sobre autonomia, sobretudo, pesquisando o aborto; e com Judith Butler, que percorreu toda esta pesquisa auxiliando no debate metodológico e teórico, tendo em vista suas discussões sobre precariedade e possibilidades de vidas vivíveis.

Inicialmente, é importante diferenciar “autonomia no parto” de “autonomia ao parir”. Autonomia no parto envolve todos os atores do parto. Nesse sentido cabe questionar autonomia para quem? Os médicos possuem autonomia no parto? A enfermagem possui autonomia no parto? As parteiras em suas comunidades possuem autonomia no parto? A parturiente possui autonomia no parto? Contudo, o objetivo desta pesquisa é sobre “autonomia ao parir”, colocando a parturiente como sujeito da ação. O agente é quem pratica a ação parir, realiza o trabalho parir e não o trabalho partejar/assistir ao parto ou manejar instrumentos cirúrgicos.

Para Barros (2015) nos movimentos de resistência, que lutam pelo protagonismo feminino, a lógica da escolha é identificada como autonomia da mulher. Contudo, ela distingue duas versões para a lógica da escolha: a versão do mercado e a versão cidadã. Na primeira, as pessoas são consumidoras que escolhem um produto, são clientes. A escolha é pelo tipo de parto. Na segunda, a versão cidadã, a mulher é usuária do serviço e existe uma relação contratual entre

os envolvidos, mediando a autoridade médica e a autonomia das mulheres. Mesmo assim, a escolha é pelo produto final, ou os procedimentos recebidos.

A autonomia entendida como possibilidade de escolher se tornou sinônimo de “escolha individual” e passou a ser valorizada como um ideal na área da saúde. Mas que autonomia é essa formada por informações preconcebidas dos profissionais ou ausência de informações, pela produção de insegurança ou pela responsabilização absoluta no processo?

De acordo com Barros (2015, p. 63) o exercício da autonomia se encontra “em luta com enunciados e signos que pautam as crenças cotidianas em um viés liberal no qual a autonomia é afirmada como a capacidade de se desenvolver plenamente suas vocações e potencialidades individuais”. Por isso, a autora questionou se ao aceitarem esta autonomia as mulheres estariam “assinando por toda a responsabilidade do desfecho?” (BARROS, 2015, p. 63).

Mas de que autonomia estamos falando, se a nossa decisão “autônoma” está *a priori* formatada pelas informações preconcebidas de profissionais, pela ausência de informações acerca do processo de parir, pela crescente produção de insegurança na capacidade física de conduzir o processo, na transferência absoluta de responsabilidade para os profissionais de saúde e nas promessas milagrosas de rapidez, preservação do órgão sexual e da remissão de dores? Que autonomia pode existir se o preço por uma escolha diferente da “recomendada” é o risco de ser responsabilizada por qualquer problema e até pela morte de seu próprio filho? (BARROS, 2015, p. 62-63).

A autora não acredita que a ‘opção de escolha’ como preconizada faça avançar o protagonismo feminino. A lógica da “escolha”, de acordo com Barros (2015), reafirma a ilusão do livre arbítrio no parto e não contribui para o que ela chama de “experiência de conexão”, deixando a mulher abandonada diante de sua escolha. Nesse manejo neoliberal do risco a parturiente se posiciona pelo que lhe parece mais seguro, já que as narrativas que lhe são apresentadas se pautam por pela ordem/desordem da segurança/risco.

Na lógica da escolha, haveria uma transferência de poder do médico que decide para a mulher que escolhe, em uma relação linear. Talvez este convite permeado pela responsabilização individual seja tão difícil que muitas mulheres preferem que os médicos façam as escolhas por elas. (BARROS, 2015, p. 64).

O discurso do risco não é estático, ele é construído e negociado nas interações sociais e investido de valores e acionado (ou não) para interferir na escolha. Tanto na versão do mercado, quanto na versão cidadã da escolha, há uma

ênfase na preparação do parto, no tipo de parto e não no processo de parturição. Na segunda versão, ainda, há uma ilusão de controle por parte da parturiente, entretanto, para Barros (2015) há uma imprevisibilidade no cuidado e em seu desfecho que não pode ser definida antes da experiência.

[...] a imprevisibilidade é parte do cuidado. A ação não pode ser definida *a priori* da experiência. A ênfase no fim desqualifica os meios, define, antecipadamente, um tipo de intervenção, elege uma tecnologia de forma independente do processo. Em um trabalho de parto, muitas emoções, dores, amores, ressentimentos, conflitos, medos surgem que, em meio ao desenrolar do processo de parir, devem ser acolhidos, manejados e vivenciados na mesma medida em que as intervenções vão sendo ofertadas e utilizadas, em um processo aberto e contínuo. [...] Somos escolhidos na experiência, ou seja, na imanência do acontecimento e não antes da experiência. (BARROS, 2015, p. 125).

Nesse sentido, Barros (2015) se amparou na obra de Annemarie Mol (2008) e apresentou a “lógica do cuidado” no cenário do parto, como a experiência mais próxima da autonomia. É importante distinguir a lógica que Barros apresentou das teorias do cuidado pautadas no instinto materno, que sobrecarregam as mulheres pelas tarefas de cuidado com a família e o lar. A lógica que Barros retomou, recoloca o cuidado como experiência partilhada e um cuidado que parte da equipe de saúde para com a parturiente, ou seja, o papel da parturiente não é cuidar de outros, mas ser cuidada e poder cuidar-se de modo informado e acompanhado. É um cuidado que se opõe à negligência e não somente à dominação como na lógica da escolha.

A lógica do cuidado não pode ser entendida como um produto a ser vendido, mas como uma assistência interativa, em sintonia com o processo e não com o desfecho do parto. Salientou que na lógica do cuidado há a opção de escolha, contudo, ela funcionaria de outra forma:

[...] há escolha, mas não individual/independente. A lógica do cuidado assume que os indivíduos possuem autonomia, mas esta autonomia está sintonizada com as histórias de vida, com as pessoas com quem elas se relacionam, com as práticas sociais e políticas que a constituem. Ninguém age sozinho. O cuidado não começa com indivíduos, mas com coletivos. Não há a promessa de liberdade proposta pela escolha, mas a construção de uma assistência em que não haja confrontações entre argumentos, mas troca de experiências, relações horizontalizadas (BARROS, 2015, p. 125).

Portanto, as mulheres não são incapacitadas de escolher, pelo contrário, há um trabalho coletivo de informação e de capacitação para a feitura das escolhas e,

apesar de ser um trabalho em equipe, nem por isso, as especificidades, diferenças e vulnerabilidades de cada parturiente seriam desconsideradas.

Na lógica do cuidado, a fragilidade é tomada como parte da vida. Manejar o cuidado é estar preocupado com problemas específicos, de mulheres específicas, em condições específicas. Nesta lógica, as práticas assistenciais de cuidado se envolvem com a transmissão de ideias, questionam, tentam tranquilizar, constroem o caminho junto, se solidarizam e não desistem. [...] Na lógica do cuidado identificar um tipo de parto a ser alcançado não é condição para a assistência, mas parte da assistência na qual a atenção e a especificação são buscadas e a negligência evitada. Não se opõe à tecnologia, mas a inclui. Não é um produto que troque de mãos, mas uma questão de várias mãos trabalhando juntas por uma experiência de potência de vida (BARROS, 2005, p. 61).

Nessa assistência haveria um “compartilhamento de responsabilidades entre a equipe, a mulher e a sua rede social”. A equipe que assistir ao parto deveria se integrar à rede de apoio social para que juntos consigam “construir o caminho a partir tanto das especificidades das situações quanto das singularidades da mulher que se apresentam no percurso” (BARROS, 2015, p. 59).

Em sua pesquisa, Barros identificou momentos/possibilidades de agenciamento: a roda de gestantes, o plano de parto, a parturiente ativa e o trabalho em equipe. Observou que a roda de gestantes que acompanhou se tornou um espaço que estava produzindo efeitos, tais como: “alterações dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir, no campo da saúde. Ainda que nos serviços de anestesiologia, isto ainda não seja verificado” (BARROS, 2015, p. 188). Enfatizou a potência das redes de conversações e ações:

[...] gostaríamos de apontar a potência da concepção de grupo como as redes de conversações e ações que criam novas formas de comunalidade expansiva, inventando estratégias de enfrentamento das adversidades nas coletividades locais bem como no interior de redes cooperativas de todo tipo. Isto implica assumir a ideia de “potência da ação coletiva” como a capacidade de indivíduos e grupos se colocarem em relação para produzirem e trocarem conhecimentos, agenciando formas-forças comunitárias voltadas para transformar os processos de assistência ao parto. Debater os “possíveis” da experiência vivida a partir dos conhecimentos, linguagens, afetos e afecções que estão em circulação nas práticas discursivas, construir redes de conversações no cotidiano é já um caminho afirmativo da lógica do cuidado. (BARROS, 2015, p. 191).

Com relação ao plano de parto, o compreendeu como “um instrumento poderoso na discussão das possibilidades”, contudo, o seu uso de modo endurecido e unilateral poderia ser perigoso (BARROS, 2015, p. 188).

[...] consideramos importante modificar o caráter normativo que um plano de parto pode adquirir quando se cristaliza em normas pré-fixadas. Os itens do plano de parto devem funcionar como caminhos de discussão e de conhecimento dos limites e dos alcances a que se pode chegar nos desdobramentos do acompanhamento e suas vicissitudes no ato da assistência. (BARROS, 2015, p. 188).

O plano de parto deve ser construído pela parturiente ou pelo casal. Inclui o local de parto, o acompanhante, quais procedimentos aceita e quais quer evitar, inclusive posição para parir e alimentação. De acordo com Barros (2015, p. 181) “é uma inversão radical do lugar em que a mulher hoje se coloca frente à assistência ao parto. E isso tem assustado muito aos médicos que não vivenciam um parto com protagonismo feminino”. É uma recomendação da OMS e está descrito no documento da *Care in normal Birth: a practical guide*. O plano de parto é o “item 1 da categoria A” como boa prática:

A. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas
 1. Elaboração de um plano pessoal que determine onde e por quem será assistido o nascimento, a realizar em conjunto com a mulher durante a gravidez, o qual deverá ser compartilhado com o seu companheiro, e se possível, com a restante família (OMS, 1985, s/p.).

Para Barros (2015, p. 181) pode ser entendido como “um registro formal do protagonismo feminino” ainda que, seja paradoxalmente “mais uma escolha antecipada e fora do contexto do trabalho de parto”. Na pesquisa foi localizado apenas um jornal que mencionou brevemente o “plano de parto”, no contexto dos grupos de pré-natal. “As mulheres devem ter o máximo de informações sobre o parto e o pós-parto” e “toda mulher deve ser incentivada a preparar o seu plano de parto”, defendeu *Mulher e Saúde* (2000, p. 12). Contudo, não há detalhes sobre a elaboração do plano e sua aplicabilidade e efetividade.

A mulher ativa ou o chamado “protagonismo feminino” não funciona sozinho, é necessário construir redes. Mesmo na condição de clientes, quando o poder econômico possibilita inúmeros acessos e posições, não basta.

A mulher precisa se manter ativa. Se a mulher se torna passiva, os profissionais não podem fazer nada. Ou eles irão fazer as regras por ela ou fazer as escolhas deles, mas é impossível prestar assistência a pessoas que não querem cuidar delas mesmas. A mobilização das mulheres para assumirem o protagonismo, na lógica do cuidado, tem este sentido. Não o de substituir o poder de decisão do médico pelo seu próprio poder, mas o de, ativamente, construir a assistência que ela precisa comungando com outros atores a responsabilidade pelo cuidado (BARROS, 2015, p. 188).

Por fim, o último ponto que Barros elencou, mas nem por isso, o menos importante, foi o trabalho em equipe e a divisão das tarefas na assistência, “pois a questão crucial não é quem está responsável por ela, mas se as várias atividades envolvidas estão sintonizadas umas com as outras” (BARROS, 2015, p. 188).

Apesar de Barros (2015) apresentar uma crítica importante à lógica da escolha, cabem alguns apontamentos sobre sua obra: Barros não apontou o que é autonomia em um debate conceitual, mas produziu discursividades ao abordar a prática da autonomia no parto defendendo a lógica do cuidado. Evidenciou esses agenciamentos no parto, sem observar a relação entre parto humanizado e feminismo. Ao teorizar especificamente sobre uma lógica do cuidado não a diferenciou de teorias do cuidado que propagam o instinto materno. Teceu críticas ao discurso científico, esquecendo que esse é o seu, enquanto pesquisadora, e fez uma leitura única da medicalização, como processo a ser evitado. Sua tese tem por título “Reconfigurando um modo de ver o parto” e, efetivamente, ela buscou várias discursividades (desde o estudo de artigos sobre a cesárea aos relatos de parturientes), contudo, incorreu no tão usual contraponto entre medicalização e humanização e permaneceu como muitas pesquisas centradas no binômio parto normal *versus* cesárea.

Já o propósito da tese que aqui se desenvolve é conceituar autonomia no campo feminista e compreender se houve debate na imprensa feminista sobre autonomia ao parir. Para tanto, Flávia Biroli e Judith Butler foram convocadas. Biroli discutiu limites e potenciais da noção de autonomia. No artigo “Agentes imperfeitas: contribuições do feminismo para a análise da relação entre autonomia, preferências e democracia” (2012) reconheceu os dois eixos da noção de autonomia, conforme já se abordou nessa tese. Um se remete à crítica kantiana e a relação entre autonomia e razão, ou seja, que o indivíduo possa determinar racionalmente suas próprias leis morais e, no outro eixo, a noção de liberdade é mais forte, com a abordagem de John Stuart Mill, na qual o limite da ação dos governos é destacada, bem como, a liberdade individual e o autocontrole.

Com base nessas duas raízes, Biroli (2012) apontou que a autonomia enquanto ideal político e social deve se preocupar em ajustar liberdade individual e controle social.

[...] os ajustes entre liberdade individual e controle social, para evitar que a ação de um ou de alguns indivíduos prejudique a possibilidade de que outros definam como gostariam de viver e procurem viver de acordo com essa concepção. A igual consideração e respeito aos indivíduos dá conteúdo à liberdade individual. Ao impedir que os interesses e vantagens de alguns rompam com as fronteiras que garantem a integridade de outros, torna-se possível que o usufruto dessa liberdade inclua o exercício da autodeterminação (BIROLI, 2012, p. 11).

Biroli (2012, p. 14), no referido artigo, analisou uma matéria da *Folha de S. Paulo* de 2011 sobre o aumento do percentual de cesarianas no Brasil para “ilustrar a manifestação dessas ambiguidades na consideração das preferências das mulheres”. Biroli (2012, p. 14) trouxe o dado, citando a OMS, de que “em 2011, as cesarianas corresponderam a 52% dos partos realizados no país, enquanto o percentual de cesarianas indicadas por razões médicas seria de 15%”. Na sequência escreveu (BIROLI, 2012, p. 14): “A opção pela cesariana em casos nos quais não há motivações clínicas resultaria, estatisticamente, em mais complicações decorrentes do parto para as mães e os bebês e em maiores custos”. Colocou que o ponto para o colunista da matéria, Hélio Schwartzman, era que a diferença entre os percentuais se justificaria pela expressão do desejo da mãe, do médico ou de ambos e reproduziu sua fala “Se a mulher não é devota da falácia naturalista e, por não querer sentir dor ou qualquer outra razão subjetiva, *escolhe fazer a cesárea*, não há razão médica ou moral para repreendê-la por isso” (SCHWARTZMAN apud BIROLI, 2012, p. 14, grifo da autora). Inicialmente, Biroli (2012) se manifestou concordando com sua perspectiva, conforme se observa abaixo:

Até aqui, podemos considerar que é um caso em que a agência das mulheres está sendo perfeitamente considerada e que sua posição como agente está, na realidade, sendo garantida, ao menos do ponto de vista lógico: se essa é sua escolha, decorrente de uma preferência qualquer – que não precisa, inclusive, ser justificada –, ela deve ser respeitada. (BIROLI, 2012, p. 14).

Continuando a análise do discurso do colunista, observou a defesa dele de que a produção social das preferências seria um dilema resolvido na civilização ocidental, já que nas democracias os indivíduos tomariam suas decisões sobre saúde e sexualidade. Neste ponto, a autora discordou, pois, a relação entre médicos e pacientes é atravessada pelo saber médico e pelo acesso diferenciado às informações sobre procedimentos, riscos envolvidos, planos de saúde ou sistema público de saúde e o próprio estado da mulher e sua gestação. São restrições à

autonomia que só aumentam dada a desvantagem socioeconômica da paciente. Para Biroli (2012) mesmo que a decisão da parturiente fosse livre de constrangimentos, não seria garantia de autonomia. Para sua escolha ser autônoma deveriam ser consideradas as assimetrias e variáveis de cada relação e a garantia de, mesmo diante das desigualdades, ser possível acessá-la, pois, “um indivíduo autodirigido é aquele que estabelece objetivos para si, definidos em um conjunto de opções, e que pode ter a expectativa de alcançá-los” (BIROLI, 2012, p. 18).

Nesse contexto, Biroli (2012) reafirmou que há um contexto assimétrico de exercício de poder e de acesso a informações, ou seja, graus diversos de autonomia, bem como, de restrições, entre eles, a condição socioeconômica da parturiente que possibilitaria informações sobre diferentes correntes médicas e possibilidades variadas de atendimento. Assim, o exercício da autonomia depende do contexto social “dos valores, das práticas e dos sentidos com os quais tomamos contato ao mesmo tempo em que nos definimos como indivíduos” (BIROLI, 2012, p. 16).

Em dado momento, deixou de lado o cenário do parto e entrou em uma seara mais teórica, pontuando abordagens procedimentais e substantivas da autonomia. Inicialmente, trouxe críticas às abordagens procedimentais, segundo ela: exigem a ausência de coerção, sem criticar a internalização e a naturalização das desigualdades; determinam a existência de alternativas disponíveis, sem considerar os mecanismos estruturais que impedem ou limitam essa disposição e, cobram uma autorreflexão interna e individualista, que ignora a intersubjetividade e as relações sociais de poder. Por isso, Biroli considerou essa abordagem inadequada para a análise crítica da definição de preferências em contextos institucionais e relacionais. Em contraponto àquelas, as abordagens substantivas não foram apresentadas como “corretas” ou mais coerentes, tendo em vista que, se concentram no conteúdo das escolhas, ignorando o processo de tomada de decisão e suas consequências. “O foco no conteúdo das decisões – em vez de no modo como são tomadas – permitiria destacar problemas como o da internalização de normas” (BIROLI, 2012, p. 20).

Para além do processo e do conteúdo da decisão, “os impedimentos à auto direção podem ser internos ou externos”. Biroli (2012) situou no primeiro campo os obstáculos vistos como psicológicos (como compulsões, neurose, e baixa autoestima) e, no segundo grupo estariam a manipulação, a intimidação, o sexismo, o racismo e pobreza, por exemplo.

Assim, Biroli (2012) defendeu uma concepção menos exigente da autonomia, na qual ela não seja um ideal de difícil acesso e possa ser mais coerente, considerando a sua imperfeição, ou seja, a autodeterminação em meio aos constrangimentos. Nessa perspectiva, cabe ainda, considerar o grau de autonomia e sua assimetria entre os indivíduos, ao invés de sua presença ou ausência. Por isso, a autora destacou em suas obras que a defesa da autonomia das mulheres em abordagens feministas deveria acompanhar críticas ao ideal liberal. “No liberalismo, os contratos e os acordos são legítimos na medida em que são voluntariamente assumidos. [...] Mas são esses mesmos contratos que permitem que a perda de autonomia, se decorrente de um ato voluntário, seja aceitável.” (BIROLI; MIGUEL, 2014, p. 110).

Apesar das normativas sociais e dos acordos firmados pelo Estado, o pressuposto do igual valor dos indivíduos é rompido cotidianamente nas sociedades democráticas atuais. Desigualdades materiais e simbólicas e a não garantia da integridade corporal e de participação nas instâncias decisórias de poder limitam o ideal normativo da autonomia para todos. “As democracias liberais promoveram a universalização dos direitos privando, porém, um grande contingente de indivíduos das condições que possibilitariam, de fato, o exercício da autonomia e da autodeterminação” (BIROLI, 2013, p. 12). Nesse sentido, a crítica feminista deve se pautar na crítica a universalização dos direitos, quando esta universaliza os sujeitos ignorando suas posições.

Biroli observou que dadas às conquistas das mulheres, o controle dos recursos está, atualmente, menos restrito aos homens. A profissionalização feminina e sua participação no mundo do trabalho, o decréscimo do prestígio social do casamento, a diversidade dos arranjos familiares, o acesso à pílula anticoncepcional e ao controle da natalidade, o direito ao divórcio, leis relativas à violência sexual e doméstica e transformações nas expectativas sociais sobre os gêneros são os responsáveis pela perceptível mudança. Contudo, ainda distante de uma igualdade de oportunidades e de realização e, de autonomia. No intuito de compreender essa distância, Biroli considerou um fator importante, a sub-representação das mulheres no campo político. Por exemplo, uma legislação que afeta diretamente à vida das mulheres, como os direitos sexuais e reprodutivos, continua “sendo historicamente debatida e determinada predominantemente por homens” (BIROLI, 2013, p. 29).

Prevaleceu, historicamente, o entendimento de que as “mulheres” deveriam ser protegidas. Sua dita fragilidade e irracionalidade serviam de “justificativas para que fossem governadas por outros e subordinadas ao controle masculino, isto é, para que não fossem consideradas agentes morais capazes de autodeterminação”. (BIROLI, 2013, p. 60). Contudo, Biroli não realizou o recorte interseccional necessário, nesse ponto. As mulheres tuteladas eram brancas e economicamente privilegiadas. Enquanto isso, mulheres racializadas e mulheres em desvantagem econômica não eram consideradas frágeis e/ou protegidas, apesar disso, não possuíam mais condições de “agir autonomamente”.

Vocalizando o problema da produção social de preferências que reproduzam preconceitos, opressão e desigualdades, Biroli (2013) citou a valorização da maternidade como exemplo. A associação entre mulher e maternidade limitou a autonomia das mulheres, restringindo atividades e formas de vida. Para além das restrições, observou que a construção da maternidade como valor positivo serve a promoção e conservação de papéis de gênero. “As mulheres são marcadas pelo corpo de maneiras socialmente diversas dos homens” (BIROLI, 2013, p. 65) e, nesse contexto, o instinto materno é um obstáculo e um desincentivo ao autogoverno. Sua expressão pode estar mais próxima da reprodução de estereótipos do que da vocalização de suas preferências e de uma trajetória autônoma.

A própria definição de mulher pode ser vista como efeito da dominação, sendo que as experiências coletivas entre mulheres podem avançar para uma direção em que se desloquem os efeitos simbólicos e práticos da opressão. Esse compartilhamento do vivido, mas mais do que isso, do corporalmente vivido é a base para a resignificação das relações de gênero. Onde as mulheres possam se encontrar como portadoras de uma perspectiva específica e não como o negativo do homem e, o poder masculino ao ser confrontado em sua totalidade operante, fosse reconhecido como uma ilusão. Essa “tomada de consciência” anteciparia às mulheres para uma “condição futura de sujeitos autônomos” (BIROLI, 2013, p. 85).

A defesa simultânea da igualdade de gênero e da autonomia das mulheres mostra, [...] que a oposição liberal entre autonomia e coerção é insuficiente para lidar com formas correntes de subordinação e humilhação da mulher. [...] o fato de que as mulheres não sofrem coerção pode dizer pouco sobre os problemas discutidos. Mas ela pode ser fundamental – ainda que não seja suficiente – para definir as formas de intervenção estatal que serão consideradas aceitáveis e os esforços para a criminalização de práticas

inaceitáveis. A coerção, que pode equivaler nesses casos à ausência de consentimento da mulher e ao exercício continuado de ameaças e violências que mantêm a mulher atada a uma situação que ela, expressamente, não deseja, pode ser a medida para a intervenção e a criminalização (BIROLI, 2013, p. 128-129).

Na complexa produção das preferências existe a internalização de valores e práticas opressivas. Todavia, observar essa internalização é diferente de afirmar que decisões e interesses das mulheres são construídos a partir da posição dos homens, pois pode reforçar a visão de que mulheres não seriam eticamente competentes. “o foco da crítica deveria ser na ‘desobstrução’ dos obstáculos à autodeterminação, [...] mas não no julgamento das formas de vida que daí derivam (BIROLI, 2013, p. 40).

Biroli (2012) citou o silenciamento e a importância da captura da voz das mulheres em sociedades onde as hierarquias de gênero são ativas. Contudo, afirmar que suas preferências se baseiam na posição masculina reforçaria uma visão de que as mulheres não seriam competentes para tomar suas decisões. Nesse sentido, se faz necessário buscar espaços de manifestações de preferências das mulheres.

Além disso, se tratando do parto, é importante considerar o medo como um mobilizador, pois o medo pode mobilizar uma escolha, rompendo com a ideia de preferências e de escolhas livres e reforçando a existência de constrangimentos diante das decisões.

[...] o medo pode estar na base da análise refletida de um indivíduo, mais do que a autonomia, e ser o móvel de suas escolhas. Nesse caso, há uma completa ruptura entre preferências – que podem ser refletidas e escapar aos valores predominantes na socialização do indivíduo – e as escolhas que são “livramente” feitas, mas são a expressão de constrangimentos, do medo, da exposição a diferentes riscos e formas de vulnerabilidade e mesmo da ausência de alternativas (BIROLI, 2013, p. 41).

Contudo, mesmo nesse caso, não cabe invalidar a decisão e a agência moral. Pode faltar o entendimento de que algo está errado em situações de abuso, bem como, a consciência de si como indivíduo portador de direitos que deveriam ser invioláveis. “Seu mal-estar não resulta de algum tipo de desajuste individual, mas da violência à qual é submetida. Nessa perspectiva, a agência autônoma é possível quando a dominação é superada” (BIROLI, 2013, p. 52).

Como, então, conciliar a vocalização sem abrir mão da crítica às preferências, questionou Biroli:

como conciliar a defesa da vocalização das perspectivas, interesses e vivências dos indivíduos, na contramão de um dos aspectos da dominação que é justamente o seu silenciamento, sem abrir mão do escrutínio crítico das preferências e interesses já constituídos, da crítica às escolhas e formas de vida que colaboram para reproduzir a dominação e para corroer as bases necessárias à construção das condições para a agência autônoma? (BIROLI, 2013, p. 62).

Assim, se depreende que na crítica às preferências, não deve funcionar um julgamento, mas a reflexão crítica de como se posicionar em relação às normas. Deve-se refletir se elas são questionadas e deslocadas/transformadas ou se o indivíduo está corroborando com a manutenção das desigualdades. “O reconhecimento da complexidade dos processos de produção das preferências e do contexto em que se definem as escolhas feitas pelos indivíduos é, assim, fundamental para a crítica às desigualdades.” (BIROLI, 2013, p. 53). De tal modo, a agência é diferenciadamente imperfeita em dois sentidos: os indivíduos não são iguais, sendo necessário criticar a universalização dos direitos que não considere a posição social de cada um e, os indivíduos desenvolvem de modos diferentes as competências necessárias para o agir autônomo. Somente com a permanente exposição da ausência de alternativas que será possível evitar naturalizações, sendo necessário que mulheres de diferentes posições sociais expressem seus interesses no debate público.

Em suma, as preferências são socialmente produzidas, mas individualmente vividas e nesse sentido, cabe enfatizar a dimensão normativa na autonomia que é a de considerar os indivíduos como agentes morais, responsáveis e dotados de razão, em perspectiva kantiana. Contudo, há que se considerar os sujeitos em desvantagem econômica-social, como as mulheres e, mesmo assim, considerá-los sujeitos desejantes, capazes de superar os obstáculos e tomar decisões autônomas. Como alternativa à dominação e ao sofrimento está a recuperação da experiência compartilhada, para que possam ressignificar suas dores e direcionar suas vidas.

Em “Desdiagnosticando o gênero” Butler (2009) abordou diretamente o conceito de autonomia. Nesse texto, o cenário foi o debate sobre a despatologização da transexualidade nos Estados Unidos, onde quem pode pagar pela cirurgia, realiza a transição e os demais necessitam do diagnóstico para acessar o plano de saúde. Os planos de saúde precisam considerar que a mudança seja “medicamente necessária” e não uma “cirurgia eletiva”.

Podemos traçar paralelos e identificar um debate semelhante ao da cesárea. Analisamos no capítulo três, através dos jornais, que a opção pela cesárea estava limitada ao carimbo “necessidade médica”. O que não significa que se essa escolha fosse baseada na medicina e partisse dos profissionais, não estaria pensando no sujeito e em seu bem-estar, mas que a “livre opção” do paciente/usuário dependeria do consentimento médico.

Se são profissionais da área da psicologia ou da medicina que estabelecem a necessidade disso, isto é, se for estabelecido que não passar por essa mudança produz sofrimento, má adaptação e outros tipos de sofrimento, então seria necessário concluir que a escolha pela transição é entendida como uma escolha que recebe o suporte e a concordância de profissionais médicos que levam em conta o bem-estar fundamental da pessoa. O “diagnóstico” pode ter efeitos diversos, mas um deles pode ser se tornar - em particular nas mãos dos que são transfóbicos - um instrumento de patologização (BUTLER, 2009, p. 96).

Considerando que o diagnóstico da necessidade da transição ou da necessidade de cesárea é valorizado para facilitar economicamente o percurso, nos contextos em que os cofres públicos não desejam custear tais cirurgias. Voltar-se-á ao estudo de caso de Butler: obter o diagnóstico para a transição seria alcançar o objetivo e nesse ponto, seria uma forma de exercer a autonomia. Contudo, a filósofa questionou se esse suporte pelo diagnóstico não seria ambíguo, pois, “pressupõe a linguagem da correção, adaptação e normalização. Ele busca sustentar as normas de gênero tal como estão constituídas atualmente e tende a patologizar” (BUTLER, 2009, p. 97).

Se a parturiente desejava a cesárea, ter o diagnóstico – a indicação médica, a aproximaria de seu objetivo. Contudo, ela necessitaria recorrer a esse lugar da correção, da patologia, da incapacidade para parir. Observou-se nas fontes a crítica a dita “cesárea eletiva”, ou seja, a escolha pela cesariana, nos casos em que não haveria necessidade clínica e as campanhas pelo parto normal cresciam, limitando numericamente o acesso à cesárea. Contudo, a escolha da pessoa era ignorada, na maioria dos casos, fosse para realizar o parto vaginal ou a cesárea ou outra forma de parir. Sua vontade era desconsiderada, mesmo que isso pudesse levá-la ao sofrimento psíquico e inclusive físico, tendo em vista que, não havia leito reservado e a analgesia estava restrita aos partos cesáreos. Nesse sentido, recorrer e aceitar o discurso patológico era uma forma de garantir direitos básicos como a diminuição da dor.

A complexidade do debate da autonomia é evidenciada por Butler. Defendeu que a “autonomia é um modo de vida socialmente condicionado”, onde instrumentos como o diagnóstico podem possibilitar ações e, em contraponto, gerar restrições. Também rebateu a noção de escolha, pois ela desconsideraria as assimetrias e as relações de poder entre os sujeitos, já que “a escolha é comprada” (BUTLER, 2009, p. 98).

Se uma pessoa se declara a favor da escolha - e contra o diagnóstico -, parece necessário que ela tenha de lidar com as graves consequências financeiras para aquelas pessoas que não podem pagar pelos recursos disponíveis e cujo seguro-saúde, se é que há um, não pagará por essa escolha porque ela só está incluída como tratamento eletivo. [...] a escolha é comprada com base em um preço; algumas vezes, pelo preço da própria verdade (BUTLER, 2009, p. 113).

Nesse sentido, Butler corroborou com o pensamento de Barros (2015) e Birolì (2013) de que a escolha, enquanto fato, não importa tanto, quanto as condições para o exercício da autonomia. E, que essas condições fossem entendidas como direitos, pois “somente medidas sociais e políticas podem garantir e implementar os direitos pessoais” (BUTLER, 2009, p. 121).

[...] precisamos nos desfazer para que sejamos nós mesmas: precisamos ser parte de um extenso tecido social para criar quem nós somos. Este é, sem dúvida, o paradoxo da autonomia, um paradoxo que é intensificado quando as regulações do gênero funcionam para paralisar a capacidade de ação do gênero em vários níveis. Até que essas condições sociais tenham mudado radicalmente, a liberdade requererá não-liberdade, e a autonomia estará enredada em sujeição. Se o mundo social - um sinal de nossa heteronomia constitutiva - precisa mudar para que a autonomia se torne possível, então a escolha individual mostrará ser dependente desde o início de condições que nenhum de nós produziu ou desejou, e nenhum indivíduo será capaz de fazer escolhas fora do contexto de um mundo social radicalmente mudado. A mudança vem de uma ampliação de ações coletivas e difusas que não seriam próprias a nenhum sujeito singular, ainda que um efeito dessas mudanças seja que se venha a agir como um sujeito (BUTLER, 2009, p. 122-123).

Em outro estudo, observando a guerra instaurada pela política neoliberal e imperialista do governo Bush nos EUA, Butler (2018b) analisou como os discursos enquadraram a vida de mulheres, gays, muçulmanos, imigrantes e refugiados. Compreendeu que houve uma distribuição desigual do luto. Alguns sujeitos tiveram suas mortes lamentadas e outros não foram enlutados e houve um esforço do governo Bush em regular o campo visual da guerra no Iraque, através da regulação das mídias, sobretudo das fotografias. Butler convidou a deixar de lado uma

concepção liberal de liberdade individual e centrar a crítica na violência estatal. Para a autora, do reconhecimento da precariedade, da condição de violência, é que pode surgir a possibilidade de não violência e a relação ética da condição de interdependência, ou seja, fazer da precariedade ação de vínculo e alteridade.

Nesse contexto, se retomará brevemente o quadro da mortalidade materna associada ao parto, observada nessa pesquisa, no intuito de elencar momentos e movimentos de resistência. O neoliberalismo impõe a autonomia como ideal moral, e simultaneamente destrói essa possibilidade, convertendo todos em seres potencial ou efetivamente precários, como afirmou Butler (2018b). Contudo, a obra de Butler nos mostra que ação política e vulnerabilidade não são opostos. Sempre há espaço para agência, até mesmo após a morte, entre aqueles que tiveram uma vida vivível. Nesse sentido, o luto é uma forma de reconhecimento e resistência pela perda, uma contestação.

No relatório da CPI foram mencionadas as “Cartas da Amazônia para a CPI da Mortalidade Materna” e o programa de rádio “Natureza Viva/Natureza Mulher”, da Rádio Nacional da Amazônia, onde as ouvintes compartilhavam suas experiências de parto, que eram, principalmente, denúncias de negligências, violações e maus-tratos. Além disso, através da imprensa tradicional (*Folha de S. Paulo*) se soube que mais de 400 mulheres foram treinadas para serem radialistas e denunciar a mortalidade materna.

Assim, a CPI e os Comitês de estudo da mortalidade materna e as tentativas de visibilizar e sensibilizar ao tema, por cartas, rádios, seminários e jornais podem ser entendidos como movimentos de reivindicação de condições vivíveis, mesmo após a morte. A não aceitação da perda dessas pessoas e o direito de enlutá-las, inclusive com processos judiciais. Ademais, a “Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amigas (os) de Vítimas de Morte Materna” pode ser entendida como uma assembleia, onde corpos se aliam em razão do luto. Assim, aqui se instaura o paradoxo: o reconhecimento da precariedade pode fortalecer a autonomia. Ao se desnaturalizar a mortalidade materna, reconhecendo o número de mortes evitáveis pode estar a luta pelo parto seguro, de modo que o luto pode rearticular a ética para a proteção da vida.

Todavia, é necessário projetar e considerar momentos de autonomia em vida, por isso, a hipótese nos programas/agentes que serão abordados nesse capítulo: o

PAISM, as parteiras organizadas e casas de parto e o movimento de humanização do parto.

Já se demonstrou que a precariedade foi entendida na obra de Butler como uma categoria que engloba mulheres e pessoas queers, pobres, apátridas, pessoas com deficiência e minorias religiosas e raciais. Contudo, a precariedade se estabelece como uma condição social e econômica, e não como identidade. As categorias identitárias são de reconhecimento, mas também são normativas e delimitam o sujeito. Nesse sentido, a desconstrução do sujeito do feminismo, não busca o fim do movimento, mas compreender que a base não pode ser reafirmar aquilo do que pretende emancipar-se. A ética da precariedade pensada por Butler informa como o gênero é experienciado em classe, raça e sexualidade, apontando precariedades maximizadas e defende que o sujeito do feminismo deve estar em aberto. Para Butler, a performatividade (2018c) seria o espaço para a resignificação e para formas de existência além do masculino e feminino. A ontologia deveria ser do corpo e não do sujeito, da performance e não da identidade, como um caminho para uma política de alianças baseada na precariedade.

O gênero, a raça e a classe enquanto marcadores corporais estão inseridos em um processo biopolítico de humanização e desumanização. Determinadas formas de humano são consideradas e outras não. Deve-se questionar a norma, como opera e não somente a origem da opressão, saindo dessa crítica fundacionista e repensando a possibilidade de deslocar a norma, de subvertê-la. Contudo, questões não podem ser apagadas em nome da unidade política. A crítica à norma é necessária e o reconhecimento também. Pois, a precariedade compartilhada não consiste em universalizar para tornar uno, mas abrir para múltiplas possibilidades serem incluídas no debate, nas políticas sociais, na condição de sujeito autônomo, a partir do reconhecimento dos marcadores corporais e da distribuição da desigualdade.

Os protestos e movimentos de luto e luta citados podem se expressar por meio de encontros, reuniões e ocupações do espaço público. Na obra de Butler (2018a) essas formas de mobilização que indicam a condição compartilhada de injustiça foram chamadas de “assembleias”. Elas podem reunir pessoas que não se conhecem, mas que se aliam por uma causa maior que suas diferenças. Indicando mais que a solidariedade, a interdependência.

Essas formas plurais de ações corporificadas são elas próprias prerrogativas políticas, antes mesmo da enunciação de suas demandas.

[...] formas de assembleia já tem significado antes e apesar de qualquer reivindicação particular que façam. Reuniões silenciosas, incluindo vigílias e funerais, muitas vezes significam mais que qualquer relato, escrito ou vocalizado, sobre aquilo de que elas tratam (BUTLER, 2018a, p. 14).

Ao se reunirem exercitam o direito plural e performativo de aparecer, afirmando o corpo e sua função expressiva como uma exigência corpórea que denuncia a precariedade e suas acelerações, para além do dito. Ainda, Butler (2018a) falou da fantasia do indivíduo “empreendedor de si” em um contexto de precariedade acelerada como nas sociedades liberais da atualidade. Essa fantasia supõe que as pessoas poderiam agir de maneira autônoma em condições insuportáveis. Trabalhando nessa desconstrução, a filósofa defendeu que ninguém consegue agir sem as condições necessárias. Nesse sentido, evidenciou o poder da organização, do foco nas demandas, da criação de redes de solidariedade e da luta contra as desigualdades.

[...] os movimentos sociais bem-sucedidos foram capazes de se organizar em torno de demandas claras, reunir-se em assembleias, criar redes de solidariedade e oferecer formas concretas de resistências e de mudança política. Tais movimentos se baseiam na criação de um ‘nós’ coletivo que é capaz de agir em conjunto, de forma coordenada, a fim de lutar contra as opressões e as desigualdades. A organização em assembleias e a participação em grupos de base são, portanto, fundamentais para a construção de uma política mais inclusiva e democrática (BUTLER, 2018a, p. 32).

A assembleia pode ser definida como um espaço de encontro e de articulação política entre diferentes sujeitos e perspectivas. Espaço em que podem se encontrar e debater em torno de questões políticas relevantes para suas vidas. Onde diferentes vozes possam ser ouvidas e onde perspectivas divergentes podem ser negociadas em busca de caminhos mais justos e inclusivos.

A assembleia se apresenta nesse contexto, como um contraponto à lógica da responsabilização e da autossuficiência neoliberal. No entendimento de Butler:

Sobre e contra uma sensação cada vez mais individualizada de ansiedade e fracasso, a assembleia pública incorpora a percepção de que essa é uma condição social compartilhada e injusta. A assembleia desempenha o papel de uma forma provisória e plural de coexistência que constitui uma alternativa ética e social distinta da “responsabilização” (BUTLER, 2018a, p. 21-22).

Identificaram-se pontos em comum nas teorias sobre autonomia entre Biroli e Butler, como: a crítica ao liberalismo enquanto um sistema que demanda autonomia e, paradoxalmente, suprime essa possibilidade dos indivíduos; a crítica aos papéis que fixam e sujeitam as mulheres; a compreensão de que só há autonomia coletiva, dado que os sujeitos vivem em relações sociais de poder; o entendimento de que a autonomia é uma normativa social assegurada pelos direitos humanos; a importância dada à dimensão corporal enquanto instrumento e agente político; e, que é preciso tomar consciência/vocalizar/relatar para lutar contra as desigualdades no acesso à autonomia.

Para Butler (2019) o relato de si é um trabalho de constituição de si, de subjetividade e de potência. Há uma ação de auto-revelação, de transformação, mas também de adequação para quem se fala, podendo haver uma redefinição do campo de ações possíveis mediante aos esquemas de inteligibilidade, consolidando ou contestando hegemonias.

Quando se dá um relato, enunciados e espaços são negociados. Há uma construção coletiva, que demanda interação. Alguém com coragem para se expor e outro disponível a escutar e reconhecer a humanidade naquele primeiro. Não é um exercício solo e deve haver o compromisso com a verdade e com a ética (mesmo que a construção de ambas possa e deva ser questionada) e almejar a transformação de si, em uma relação que demanda um assujeitamento para tornar-se sujeito. Butler enquadrou o relato para observar suas possibilidades e limites. Existem normas que conformam o relato, delimitam o que é possível dizer e reafirmam a incapacidade de contar tudo. A potência está nessa necessidade de reconhecimento de quem ouve e em poder questionar os regimes de verdade. É necessário compreender o relato como um ato performativo que contesta proibições e disputa publicamente sentidos.

O relato que é dado nunca carrega o si-mesmo. As palavras são interrompidas pelo tempo do discurso que não é necessariamente o mesmo tempo da vida de quem narra. Assim, nenhum relato é fundamentado apenas em um eu, mas em estruturas da sociabilidade que o excedem. Relatar a si deve ser entendido como uma ação de poder, de olhar crítico sobre si, um lugar de resignificação, de deslocamento, um exercício de liberdade e resistência à submissão. Onde se pode desconstruir na fala e no corpo as práticas opressivas. O relato de si, nesse entendimento, critica a individualidade como única força emancipatória e deseja

subjetivar-se reconhecendo a precariedade compartilhada e rejeitando que vidas diferentes tenham valores diferentes, na compreensão de um vínculo global. Uma despossessão que viabilize a política de coalizão.

O indivíduo não tem uma história própria que não seja também a história de uma relação que envolve normas. Como disse Butler (2019, p. 159): “se as relações de poder pesam sobre mim enquanto digo a verdade, e se, ao dizê-la, exerço o peso do poder sobre os outros, [...] estou exercendo o poder do discurso, usando-o, distribuindo-o, tornando-me o lugar de sua transmissão”. Ser crítico, portanto, é problematizar os regimes de verdade que oprimem e diminuem as possibilidades dos sujeitos. Pôr em questão essas verdades estabelecidas é a atitude reflexiva que denuncia o enquadramento, a norma e a operação hegemônica de poder. É estabelecer um novo modo de agir e de se relacionar com a verdade, onde há possibilidade de criação, de resistência e de subversão.

4.2 PAISM: Um lugar comum entre mulheres desiguais

Mulherio em 1984 anunciou o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher defendendo que “o corpo da mulher” virou um “problema de Estado”. Considerando o Programa por um lado “um avanço”, em relação aos programas de saúde e, por outro, “uma catástrofe quando nossos úteros viram itens nas pautas de negociação de crescimento populacional” (MULHERIO, 1984, p. 6). Apontou que “entre as feministas de todo o país há uma forte tendência a repudiá-lo: ‘É controlismo disfarçado de feminismo’, ‘é o FMI’⁸¹ – dizemos nós” (MULHERIO, 1984, p. 6). Contudo, advertiu que a discussão sobre o Programa deveria ser complexificada.

No levantamento realizado, a criação do PAISM foi abordada somente pelo jornal *Mulherio*. Mas, além de *Mulherio*, foram utilizadas uma edição do *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, outra do boletim *Rede Fax* também pertencente à referida Rede e um número do impresso *Mulher e Saúde* da Sempreviva Organização Feminista que abordaram o PAISM após sua implantação. O objetivo deste subcapítulo é refletir sobre os enquadramentos da criação do PAISM na imprensa feminista, analisar o documento que o fundamenta enquanto política de

⁸¹ Fundo Monetário Internacional.

ação, dando enfoque ao tema do parto e ao conceito de integralidade/corpo e saúde integral, aproximando-o da noção de humanização que consta na política governamental sequente, o PNAISM, e verificar se houve debate sobre autonomia ao parir nessas fontes.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde em um contexto de redemocratização política e de importantes mobilizações pela saúde das mulheres. Nesse cenário, os movimentos feminista e sanitário consideravam a situação precária e a necessidade em promover saúde às mulheres brasileiras em todas as fases de suas vidas, para além do período gravídico-puerperal. Ao mesmo tempo em que o PAISM apresentava pautas inovadoras, inclusive de universalização do atendimento em saúde, também era a primeira vez que o Estado propunha explicitamente a regulação da fecundidade em um documento oficial com caráter de política pública.

Durante o depoimento do Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado sobre o crescimento populacional em 1983, foi proposto oficialmente o PAISM (OSIS, 1998). Já o documento propriamente dito foi lançado pelo Ministério da Saúde no ano seguinte. Uma comissão foi convocada para redigir o Programa:

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); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (OSIS, 1998, p. 26).

Para Osis (1998) o Programa ao incluir duas mulheres buscava aproximar-se do movimento feminista com uma postura de saúde não somente médica, ou dos chamados moldes da Medicina, e assim, evitar oposições.

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

O contexto de lançamento do PAISM era de forte atuação dos movimentos sociais e da luta pela democracia, mobilizando diversos setores no debate do programa. Contudo, reações ao PAISM vieram de diversos setores.

As reações contrárias ou suspeitosas com relação ao lançamento do Programa estiveram pulverizadas em diferentes setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, algumas facções dentro de partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médica, especialmente profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). De modo geral, essas reações estavam vinculadas a uma possível contradição entre o conteúdo explícito do Programa (integralidade e universalidade em que supostamente se embasaria) e as suspeitas de que o PAISM, na verdade, não passaria de um disfarce do Governo para agir no sentido de controlar a natalidade da população (OSIS, 1998, p. 28).

A recepção do Programa no impresso *Mulherio* oscilou entre considerá-lo um “avanço” ou uma “catástrofe”. Um avanço em relação aos antigos programas governamentais que se dedicavam à saúde das mulheres somente em sua fase reprodutiva e também porque era fruto da luta organizada das mulheres. Em contrapartida, entendido como uma catástrofe quando a reprodução novamente é debatida no contexto do controle do crescimento populacional e a políticas econômicas e que havia repúdio ao Programa entre as feministas por entendê-lo como “controlismo disfarçado de feminismo” (MULHERIO, 1984, p. 6).

Em *Mulherio* um tópico intitulado “A visão dos grupos feministas” expôs as opiniões e posicionamentos de diferentes grupos sobre o PAISM. O impresso recorreu à experiência da médica feminista Maria José Araújo apontando que seu posicionamento se aproximava do grupo “Mulher, Saúde e Sexualidade” do Rio Grande do Sul, que em carta ao *Mulherio* afirmou que o PAISM correspondia a uma “necessidade das mulheres. Isto não é um presente do Sr. Ministro da Saúde, mas sim o fruto da luta das mulheres organizadas de todo o país e demais setores da sociedade que se levantaram contra os Programas anteriores do Governo” (MULHERIO, 1984, p. 7).

Já o grupo goiano “Eva de Novo” manifestou sua posição em um documento em que foram “apontadas diversas deficiências e contradições do PAISM, além de criticar a forma autoritária de sua formulação e de apontar um possível viés controlista de suas propostas” (MULHERIO, 1984, p. 7). Além destes, “a União de Mulheres de São Paulo também propõe o repúdio ao Programa, pura e simplesmente” (MULHERIO, 1984, p. 7). O jornal evidenciou que as feministas estavam se manifestando.

De acordo com Corrêa e Petchesky (1996), ouvir essas organizações de mulheres poderia ser uma forma de evitar abusos.

No âmbito das políticas e programas nacionais e internacionais, tratar as mulheres como pessoas no que se refere a decisões sexuais e reprodutivas significa garantir que as organizações de mulheres estejam representadas e sejam ouvidas nos processos em que as políticas populacionais e de saúde são formuladas e que mecanismos efetivos de prestação de contas (accountability), nos quais as mulheres participem, sejam estabelecidos para garantir que não haja abusos (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 164).

Além das visões dos grupos feministas, *Mulherio* buscou o entendimento de médicas feministas sobre o tema. As que tiveram maior espaço no jornal foram: Maria José Araújo e Ana Reis. Maria José levantou o ponto da participação popular no Programa, reforçando a importância da reflexão coletiva de modo informado:

‘A meu ver, diz Maria José, devemos enfatizar uma questão que não está sendo sequer levantada, que é a participação popular nesses programas. Devemos tentar interferir na sua aplicação e não continuar resmungando pelos cantos enquanto ele vai sendo implantado’. Foi nesse sentido que Maria José participou da implantação do Programa em Goiânia, organizando sete grupos de reflexão compostos de médicos, estudantes de medicina, atendentes de postos de saúde, mulheres. ‘Existe um dado a nosso favor que é o fato de que o pessoal de saúde, em sua maioria, é composto de mulheres, geralmente muito sensível a reflexão sobre o corpo, a sexualidade. Em Goiânia propus que toda mulher, antes de ser atendida pelo ginecologista, passasse por duas sessões de reflexão coletiva em que se discutisse corpo, sexualidade e métodos contraceptivos, utilizando cartilhas que preparei e que deveriam ser amplamente distribuídas’ (MULHERIO, 1984, p. 7).

Ana Reis também observou que o setor da saúde é majoritariamente feminino e que este deveria ser um ponto a ser considerado para a melhoria da atenção.

Quero ressaltar ainda a feminização do setor. Ele é hoje predominantemente feminino, tanto no nível superior – médicas, enfermeiras, bioquímicas, dentistas –, quanto nos níveis médio e elementar. Também as coordenadoras da área materno-infantil das Secretarias estaduais são em sua maioria mulheres. Essas mulheres são potencialmente feministas. Podem ter sido “falicizadas” em sua formação nas Faculdades, onde são levadas a imitar o comportamento do homem. Mas imagino ser necessário apenas um pouco de reflexão para que elas reconheçam na paciente uma igual, uma companheira. Reavivar a mulher que existe dentro dessas profissionais já será um passo em direção a uma grande melhora na qualidade dos serviços (MULHERIO, 1985, p. 10).

Além disso, na mesma linha de Maria José, Ana também indicou a importância do projeto do PAISM ser apropriado pela população:

[...] o ponto chave e quem tem que fazer esse projeto andar é a população. Esse Plano não é do Ministério, não é do Governo. É das mulheres desse país. Me parece que o papel dos grupos de mulheres hoje é passar informações para a população feminina, para que ela possa reivindicar a implantação efetiva do programa (MULHERIO, 1985, p. 10).

Para Barros (2015, p. 163) são nesses espaços de reflexão que “cada um constrói a linha de devir (experiência de transformação) ou de singularização (modos de apreensão da experiência) na direção da conquista da autonomia”. Afirmar a perspectiva participativa é produzir práticas de coletivização, onde seja possível operar e modificar o lugar da assistência.

[...] gostaríamos de apontar a potência da concepção de grupo como as redes de conversações e ações que criam novas formas de comunalidade expansiva, inventando estratégias de enfrentamento das adversidades nas coletividades locais bem como no interior de redes cooperativas de todo tipo. Isto implica assumir a ideia de “potência da ação coletiva” como a capacidade de indivíduos e grupos se colocarem em relação para produzirem e trocarem conhecimentos, agenciando formas-forças comunitárias voltadas para transformar os processos de assistência ao parto. Debater os “possíveis” da experiência vivida a partir dos conhecimentos, linguagens, afetos e afecções que estão em circulação nas práticas discursivas, construir redes de conversações no cotidiano é já um caminho afirmativo da lógica do cuidado (BARROS, 2015, p. 191).

De acordo com Joana Pedro (2012) esses grupos brasileiros de consciência ou reflexão remontam à década de 1970. Formados por mulheres intelectualizadas, com idade entre 30 e 38 anos, que voltavam de viagens embaçadas em experiências próprias com grupos estrangeiros dos Estados Unidos e de países da Europa Ocidental. Traziam livros e elaboravam propostas de formação desses coletivos/círculos no Brasil. Dentre eles, estavam o Grupo de Conscientização Feminista, em São Paulo e o Grupo de Reflexão no Rio de Janeiro⁸².

Esses grupos eram constituídos apenas por mulheres – elas diziam que a presença de homens as inibia – que se reuniam nas casas uma das outras, ou em lugares públicos, como cafés, escritórios, bares e bibliotecas, para discutir problemas específicos das mulheres e se contrapor ao machismo vigente. Para cada reunião, as componentes deveriam trazer outras participantes. Quando o grupo ultrapassasse 24 pessoas, seria dividido, formando novos grupos. A proposta era forjar uma rede, espalhando grupos desse tipo por diversos lugares. (PEDRO, 2012, p. 241).

⁸² De acordo com Joana Pedro (2012) o grupo de São Paulo atuou entre 1972 e 1975 e o do Rio de Janeiro, entre 1972 e 1973, quando se dividiu formando dois coletivos. Em São Paulo participaram Maria Odila Leite Dias, Célia Sampaio, Beth Mendes, Walnice Nogueira Galvão, Albertina Costa e Marta Suplicy, entre outros nomes.

Com uma origem intelectualizada e marcada pela condição econômica vantajosa da maioria das mulheres que compunham esses grupos de consciência e/ou de reflexão, se percebe, contudo, que na década de 1980, houve um trabalho de multiplicação e democratização dessas vivências coletivas. O debate de pautas feministas e a informação/promoção em saúde entre mulheres de diversas origens socioeconômicas, sobretudo, entre as mais necessitadas se capilarizou.

Em 1982, antes da criação do PAISM, *Mulherio* já noticiava a importância da formação dos grupos de mulheres, como os encontros quinzenais do “Clube de Mães de Diadema” (São Paulo) que se reuniam (cerca de 10 a 20 mulheres) com uma equipe de pesquisadoras da Fundação Carlos Chagas em um “barracão acolhedor com um objetivo: conversar sobre a sua vida sexual”. O perfil dessas mulheres foi feito pelo jornal: “São mulheres simples, donas-de-casa dedicadas ao trabalho doméstico e ao cuidado dos filhos pequenos. A maioria está na faixa dos 25 aos 35 anos e, mesmo sendo alfabetizadas, têm muita dificuldade com a leitura” (MULHERIO, 1982, nº 5, p. 17).

Além disso, para essas “vivências” em grupo eram elaborados folhetos “com muitas ilustrações. (Já estão prontos cinco folhetos: ‘Entendendo o nosso corpo’, ‘Quando os filhos perguntam certas coisas...’, ‘Quero ser mãe?’, ‘A consulta ginecológica’ e ‘Muito prazer’, ilustrados por Marilena Piri)”. Segundo o periódico, as interessadas se reuniam neste barracão para “fazer tricô ou participar de um curso de gestantes”, mas, sobretudo, aproveitavam “ao máximo esse espaço de sociabilidade e a oportunidade de sair dos limites acanhados de seu mundo doméstico”. Além de conversar e discutir temas sobre “como deveria ser uma visita ao ginecologista” nos grupos faziam “atividades práticas” para conhecer o corpo, por exemplo, “como se coloca o espécuro, como é o colo do útero, a vagina, etc. Em seguida, com o auxílio de um espelho, Lola [membro do Clube] se auto examinou”. De acordo com Cristina Bruschini e Cecília Simonetti, da referida equipe, esses momentos deixavam “evidente a possibilidade de diálogo e entendimento entre mulheres [...]. Talvez porque tenhamos em comum a opressão sexual, mesmo que esta se manifeste de maneira específica nas diferentes classes sociais” (MULHERIO, 1982, nº 5, p. 17).

Mulherio também tratou da criação do SOS Corpo, em Recife. De acordo com o impresso, Inspiradas em experiências europeias de grupos de mulheres, Regine Nogueira, suíça, socióloga que morava em Genebra e Dolores Wanscheer,

catarinense, bióloga, que havia morado em Paris (ambas no período da edição com 30 anos), foram as mentoras do grupo chamado “SOS Corpo” que teve no primeiro encontro “a participação de oito mulheres, entre engenheiras, médicas e jornalistas. A experiência frutificou, e hoje funcionam cinco grupos de mulheres de classe média e três de moradoras em bairros periféricos” (MULHERIO, 1982, nº 5, p. 19). Após a publicação do curso, a edição posterior de *Mulherio* noticiou que decidiram oferecer o curso com a metodologia que visava a “participação intensa das mulheres” e evitar “a falsa neutralidade e a imposição de autoritarismos”, a todos os grupos de mulheres que se interessem em multiplicar o “debate com outras mulheres, principalmente da periferia ou zona rural”. Após o anúncio “choveram cartas de todos os cantos” querendo replicá-lo: “Cuiabá, Natal, Porto Velho, Porto Alegre, Teresina, Rio de Janeiro, São Luiz, etc.” (MULHERIO, 1982, n. 6, p. 5).

O trabalho desenvolvido no SOS Corpo, inclusive, corroborou com a formulação do PAISM. *Mulherio* fez um balanço dos sete anos de atuação do SOS Corpo, em 1987, apontando-o como um “trabalho didático de ensinar feminismo e saúde”. Envolvendo “pesquisa, documentação e produção de material didático há sete anos ininterruptos, tendo no rol de suas atividades a assessoria ao Ministério da Saúde por ocasião da implantação do Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher”. Na entidade, “as decisões são coletivas e fazemos um trabalho de politização, informação e conscientização em torno das questões ligadas a saúde da mulher”, disse Angela Freitas, uma das fundadoras entrevistada. Dentre os temas pesquisados, constaram: o aleitamento materno em âmbito nacional; a esterilização feminina voluntária em Recife, gerando um relatório e um “vídeo (Tá ligada nessa?)”; “as causas e condições do aborto provocado na Grande Recife”; a sexualidade entre adolescentes, com a produção de um audiovisual chamado “Pintando Sexo”; contracepção e “o uso do diafragma entre cinquenta mulheres de periferia”; por fim, junto ao Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres estavam estudando as “condições de atendimento à mulher na rede pública”. Além disso, abordou o treinamento realizado pelo SOS Corpo com profissionais da rede pública do Instituto Materno-infantil de Pernambuco para integrar o PAISM, a fim de “repassar as técnicas, reflexões e metodologias”. Ainda, denunciaram que: “como é de praxe em

toda entidade feminista do país, o SOS Corpo⁸³ não conseguiu apoio financeiro do governo brasileiro” O apoio ficou por conta da EZE e da “Pão para o Mundo”, duas ONGs alemãs, e da Novib, ONG holandesa (MULHERIO, 1987, n. 35, p. 20).

O documento do PAISM trouxe em sua apresentação a histórica limitação no atendimento à mulher no sistema de saúde ao ciclo gravídico-puerperal, tecendo uma crítica aos antigos programas governamentais – citados no capítulo dois. Considerado uma “política de ação” adotada pelo governo para gerar “métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas” (BRASIL, 1984, p. 5).

Contudo, com a proposição de realizar investimentos na rede básica de serviços de saúde, ressaltou a importância de concentrar “esforços nos problemas de maior significação sócio-sanitária e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno-infantil” (BRASIL, 1984, p. 5). Apesar da crítica aos antigos programas governamentais voltados para este público e da proposta de uma atenção às mulheres de modo integral, reconheceu a magnitude da morbimortalidade maternal e neonatal. Considerar outros aspectos da vida das mulheres para além do seu período reprodutivo, não significaria desatenção com a citada fase.

Além disso, apresentou a necessidade de articular instâncias federais, estaduais e municipais, tendo como objetivo:

[...] oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984, p. 5).

O Programa apontou o conceito de assistência integral à saúde da mulher “preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde” (BRASIL, 1984, p. 6).

Nas bases doutrinárias do PAISM constou que o princípio da integralidade da assistência “longe de constituir-se simplesmente, em forma de atividades isoladas,

⁸³ O coletivo segue em atuação denominando-se “SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia”. Mantém-se através do projeto “Fortalecimento da Rede Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB”, com apoio da União Europeia e executado pelo SOS Corpo, CFEMEA E REDEH para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://soscorpo.org/> Acesso em: 28 abr. 2023.

deve traduzir, na prática, uma abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre os quais se atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura” (BRASIL, 1984, p. 14-15).

O Ministério da Saúde, neste documento, justificou a especificidade do PAISM ser dirigido às mulheres como uma “estratégia de destinação seletiva de recursos que permitam a operacionalização de conteúdos de grande prioridade, vinculados à população feminina, em todas as fases de sua vida, e que vinham sendo negligenciados” (BRASIL, 1984, p. 15).

[...] o conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984, p. 15).

As diretrizes gerais abordaram as proposições de ação para a integralidade, exigindo “uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos” (BRASIL, 1984, p. 16). Além disso, “o conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (BRASIL, 1984, p. 16).

Em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional. (BRASIL, 1984, p. 19).

A atenção à mulher deveria ser integral e com uma postura educativa, englobando todas as idades, aperfeiçoando o controle do pré-natal, parto e pós-parto e a contracepção, doenças transmitidas sexualmente e os cânceres uterino e o mamário. O documento além dos procedimentos trazia estratégias para implementação do PAISM, frisando que as atividades não poderiam ser aplicadas de modo isolado, demandando uma reciclagem dos profissionais e da prestação dos serviços e um acompanhamento e supervisão do desempenho do Programa (OSIS, 1998).

O PAISM destinou atenção ao tema do parto, apontando como criticidades: a falta de leitos, a precaridade do atendimento, os “excessos da medicalização” e o aumento de cesáreas.

A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. E fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. Dados de 1980 mostram que as taxas de cesarianas foram de 29,2% para o Rio de Janeiro, de 43,7% para São Paulo, de 24,7% para o Rio Grande do Sul, e de 32,6% para o Distrito Federal, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como padrão aceitável a incidência de 10 a 15% de cesarianas, considerados os riscos inerentes à intervenção cirúrgica.. Essa situação resulta em consequências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe (BRASIL, 1984, p. 10).

Os conteúdos programáticos versaram sobre assistência clínica ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato. Com relação ao parto incluiu:

[...] anamnese e exame clínico-obstétrico cuidadoso, buscando obter informações específicas sobre fatores que podem determinar complicações no trabalho de parto ou puerpério, [...] acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente, [...] assistência ao recém-nascido, [...] estímulo ao aleitamento materno, [...] transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção, [...] aumento de cobertura e a qualidade de atendimento ao parto, nos casos que tenham sido ou não encaminhados pelos serviços de assistência pré-natal. Toda parturiente deverá ser submetida à avaliação criteriosa do seu risco e contemplada com o atendimento apropriado a cada caso, [...] alojamento conjunto, [...] melhoria da qualidade da assistência ao parto hospitalar, através da capacitação da equipe de saúde para o atendimento ao parto normal, [...] adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência (BRASIL, 1984, p. 20-22).

Além de *Mulherio* outros jornais feministas localizados no Acervo Carmen da Silva permitiram observar a trajetória do PAISM. O *Jornal da Rede Feminista de Saúde* em 1994 abordou o PAISM no contexto do SUS e as dificuldades de sua implementação. A médica Sara Sorrentino defendeu que o PAISM deveria ser rediscutido: “O PAISM é visto, muitas vezes, como um novo direito a ser reconhecido, uma espécie de prática alternativa a ser implantada, sem *status* de ciência ou de prioridade dentro da política de saúde” (JORNAL DA REDE, 1994,

p.1). Ao invés de considerá-lo uma prática alternativa dentro do SUS, para a médica, ele deveria ter tido seu caráter científico e prioritário assumido.

O impresso *Mulher e Saúde*, também em 1994, abordou a necessidade de ampliar o PAISM via SUS e mencionou que faltava vontade política em relação à saúde das mulheres. Citou, como exemplo de aplicabilidade do PAISM, a gestão de Luiza Erundina na prefeitura de São Paulo (1989-1992) com destinação de verbas e a criação de uma assessoria, com a qual “as mulheres tinham um espaço permanente de discussão e avaliação dos serviços” (MULHER E SAÚDE, 1994, p. 11).

O boletim *Rede Fax* da Rede Feminista de Saúde em 1997 falou da herança política do PAISM e que “ações de saúde são intervenções políticas, potencialmente promotoras ou impedoras de transformações nas relações sociais” (REDE FAX, 1997, p. 1).

Mulherio acompanhou a criação do Programa e apresentou as diversas visões feministas que o consideravam desde um avanço até uma catástrofe. Deu destaque as falas e posturas de médicas feministas, que fizeram um trabalho de popularização do PAISM entre profissionais da saúde e grupos de mulheres. Contudo, teve pouca aplicabilidade, com raras exceções como na prefeitura de São Paulo, conforme apontou o jornal *Mulher e Saúde*. Apesar de sua ênfase em uma saúde preventiva através da informação e dos avanços da proposta, trabalhava com um conceito universalista de mulher, sem definir em seu programa os marcadores de raça, classe e gênero.

Em 2004 surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que em seu documento oficial “Princípios e Diretrizes” (2004) foi apresentada como uma parceria entre movimento de mulheres, movimento negro, trabalhadoras rurais, sociedades científicas, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências internacionais. Reafirmou o compromisso de implementar ações de saúde que garantissem os direitos humanos das mulheres. Colocou-se como uma “proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros [...] enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social” (BRASIL, 2004, p. 5).

Em relação ao parto e nascimento o documento observou a “intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e

pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia” (BRASIL, 2004, p. 29). Em contraponto, apontou que “práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma⁸⁴, não são realizadas” (BRASIL, 2004, p. 29). Também trouxe que em algumas regiões o parto acontece em domicílio e atendido por parteiras tradicionais, apontando que “deve-se ressaltar que o parto domiciliar, em alguns casos, é uma opção da mulher” (BRASIL, 2004, p. 29).

O PNAISM incluiu os conceitos de gênero e humanização. Apontou que as questões de gênero devem ser consideradas determinantes para a saúde da população, sendo “imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher” (BRASIL, 2004, p. 13).

Considerou a humanização e a qualidade dos serviços como princípios para a atenção integral à saúde da mulher e à autonomia. “A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero” (BRASIL, 2004, p. 59).

Assim, a noção de corpo integral, que remonta ao PAISM, não pensaria a integralidade como um corpo isolado, individualista e autossuficiente, mas como um direito social de participação ativa em sua comunidade:

Afirmar os direitos das mulheres de ‘controlar e de ser donas’ de seus corpos não significa que os corpos das mulheres são meros objetos, separados delas mesmas ou isolados das comunidades e redes sociais. Ao contrário, denota a noção de corpo como parte integral do eu, cuja saúde e bem-estar (incluindo aí o prazer sexual) formam a base necessária para a participação ativa na vida social. Integridade corporal, desta forma, não é somente um direito individual, mas social, uma vez que sem elas as mulheres não podem funcionar como membros responsáveis da comunidade (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 160).

Por sua vez, as diretrizes do PNAISM também definiram que a atenção integral à saúde da mulher compreende “uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua

⁸⁴ Gráfico de evolução do trabalho de parto que deve ser preenchido pela equipe médica.

singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004, p. 64).

4.3 Parteiras organizadas e casas de parto

O boletim *GENTE Mulher, procriação e ecologia da Rede de Defesa da Espécie Humana* (REDEH) noticiou diversos encontros de parteiras, como o I Encontro de Parteiras Indígenas da Nação Potiguara, entre 23 e 25 de abril de 1993, na Baía da Traição (Paraíba) cuja prefeita, Iracy Cassiano Soares, também atuava como parteira. Além do comprometimento da prefeitura, foi uma ação da ONG Centro Ativo de Introdução do Ser – Cais do Parto⁸⁵ conjunta a REDEH para fazer o levantamento e cadastrar as parteiras que participaram do encontro. O projeto ainda previa uma terceira etapa na qual as parteiras mais velhas poderiam “transmitir tudo sobre os ‘seus segredos’”. O programa desse treinamento abrange tudo o que envolve a atenção integral à saúde da mulher e direitos reprodutivos, além da questão técnica” (GENTE, 1993, nº 7, p. 2).

No mesmo ano, em outra edição, a REDEH trouxe uma matéria sobre a história e o trabalho desenvolvido no CAIS do Parto (Olinda, Pernambuco). De acordo com o impresso: “Trata-se de um núcleo de informações, formação, intercâmbio de experiências, laboratório de oficinas que trabalha com a saúde da mulher e a procriação” (GENTE, 1993, nº 9, p. 3). Ainda mencionou que além deste trabalho, o CAIS do Parto visava construir uma rede de parteiras.

É um esforço coletivo cujo objetivo é fortalecer a atuação das parteiras: Desde sua fundação em 1991 o grupo formado por Suely Carvalho, Suely Freitas, Dayse e Ivete vêm atuando na criação e organização de uma rede de parteiras que possa resgatar e repassar essa profissão antiga: ‘descansar’ a gestante e ‘aparar’ as crianças (GENTE, 1993, nº 9, p. 3).

Na sequencia, explicou como se desenvolvia o trabalho com as parteiras:

⁸⁵ O CAIS do Parto apareceu nos jornais mais antigos com essa descrição da sigla “Centro Ativo de Introdução do Ser” e, em jornais posteriores, passou a ser descrito “Centro Ativo de Integração do Ser”. Não foi encontrada explicação para a troca da terminologia “Introdução” para “Integração”, nem nos jornais pesquisados, no *site* ou na tese de Nascimento (2018) que tomou o Centro por objeto. Mas pelo contexto do CAIS próximo ao movimento feminista e entendendo-se como um movimento de saúde, se acredita que a terminologia “Integração” possa fazer alusão à noção de “corpo e saúde integral” do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O trabalho que o CAIS desenvolve com as parteiras tem várias fases: a primeira está em localizá-las e cadastrá-las. Segundo Suely Carvalho, o primeiro contato se dá individualmente com cada uma das parteiras e serve para sondar o interesse em participar da rede e trocar experiências. O segundo é o encontro feito com todas as parteiras da comunidade onde começam a ser concretizados laços e vínculos possíveis para tecer a rede. O treinamento/aperfeiçoamento vem depois e visa aprofundar o conhecimento e troca de experiências das parteiras sobre questões relativas à saúde da mulher, ciclo procriativo e a prática de partos. Nesta etapa busca-se criar espaço para que as parteiras mais velhas tenham condições de repassar seus conhecimentos e práticas para as parteiras mais jovens. Há espaço para que as parteiras troquem experiências sobre o uso de plantas medicinais, alimentação, banhos e até mesmo recursos para a hora do parto: orações, crenças e mitos (GENTE, 1993, p. 3).

O boletim também relembrou que o CAIS do Parto realizou em 1992 um projeto com 40 parteiras tradicionais do Município de Caruaru (PE) criando a Associação de Parteiras de Caruaru. A partir dessa experiência, parteiras de mais 14 municípios de Pernambuco foram cadastradas. Além da organização e alianças entre parteiras, o CAIS do parto “tem também como finalidade a sensibilização dos profissionais da rede pública de saúde e a integração dos dois segmentos” (GENTE, 1993, p. 3). Nesse mesmo ano, lançou uma nota onde Suely Carvalho apresentou o CAIS do Parto como uma Organização Não Governamental “de ideologia feminista” que tinha por meta “humanizar o nascimento e resgatar a milenar função das parteiras tradicionais” (GENTE, 1993, p. 2).

Thayane Nascimento (2018, p. 61), ao pesquisar o CAIS do Parto, encontrou com Suely Carvalho e observou que ela rompe com uma ideia da parteira marginal e faz “um esforço por redimensionar e ressignificar o papel da parteira”. Além disso, Nascimento apresentou a importância do CAIS no cenário da parturição e seus diálogos constantes com o movimento feminista:

[...] representou o movimento de mulheres em Pernambuco no Conselho Estadual de Saúde e, no biênio 1998/1999 integrou a coordenação da Secretaria Estadual da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. No ano de 1993, o CAIS do Parto também se tornou cofundador da Rede pela Humanização do Nascimento/REHUNA e, dentre outras realizações, expandiu sua atuação a atividades ligadas à área da saúde, comunicação e educação. Entre outras iniciativas, com: a participação na entidade Articulação Aids de Pernambuco; a participação da Rede Nacional de Mulheres no Rádio e no Fórum de Mulheres e a atuação no Núcleo de Educadores Populares em parceria com a Rede Latino-Americana e do Caribe de Saúde da Mulher. Além disso, filiou-se à Associação Brasileira de Organizações Não-governamentais/ABONG” (NASCIMENTO, 2018, p. 68).

Já em 1994 uma edição de *GENTE* mencionou o 1º Encontro Interestadual de Parteias (Pernambuco e Paraíba), organizado pelo CAIS do Parto e a REDEH. A pequena nota teve como motivação apontar que “a representante da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, comprometeu-se em financiar parte do treinamento das parteiras indígenas potiguaras da Baía da Traição” e que toda a mobilização se justificava em ir “tecendo a Rede Nacional de Parteias, importante objetivo do CAIS do Parto” (GENTE, 1994, p. 8).

Em outra matéria da mesma edição, a socióloga Solange Dacach⁸⁶ ressaltou que o movimento de mulheres vinha realizando muitos debates, seminários e conferências e reservando espaço em todos esses encontros para o desenvolvimento de “grupos de autoconsciência ou de reflexão. Iniciados por feministas, estas formas de trabalho abriram uma porta para a expressão da vivência das mulheres, de seus mitos, dificuldades, fantasias e desejos” (GENTE, 1994, p. 12). Um trabalho de “dialética entre vivências e informações”, respeitando o tempo e o ritmo dos grupos, defendeu. “A reflexão coletiva e a autoconsciência levam à criação de um novo espaço e de novos vínculos grupais. Buscamos novas relações, em que a hierarquização, a opressão e o poder passam a ser questionados” (GENTE, 1994, p. 12).

Construir um trabalho em grupo não negava a experiência individual, pelo contrário. De acordo com o impresso *GENTE* (1994, p. 12): “A base de tudo é a pré-existência de cada pessoa e seu esquema referencial, isto é, o conjunto de experiências, conhecimentos e apelos com os quais cada pessoa pensa e age, os quais adquirem unidade no decorrer do trabalho em grupo.” A experiência da REDEH pelo país reunindo grupos diversos de parteiras, acadêmicos, profissionais da saúde, mulheres e adolescentes “nos anima a continuar trilhando esse caminho como metodologia de trabalho” (GENTE, 1994, p. 12).

A Rede Nacional de Parteias foi criada e muitos encontros continuaram acontecendo, como se pode notar no folder abaixo:

⁸⁶ Socióloga e feminista com experiência em coordenação de grupos e capacitação de mulheres.

Figura 3: Folder do Encontro de Parteiras Tradicionais de Pernambuco, 1996.

LOCALIZAÇÃO

CAMPINA GRANDE, GOIANA, ITAMARACÁ, SURUBIM, CARPINA, LACERDO, TORITAMA, GRAVATA, VITÓRIA, CURUÁ, RECIFE, B.M. DEUS, BEZERRAS, CARUARU, ESCADA, CABO, NOVA JERUSALÉM Fazenda Nova

■ Teatro de Nova Jerusalém-Fazenda Nova-PE

O local do Encontro fica na região do Agreste a 150Km de Recife-Pernambuco, o clima é quente durante o dia, ficando ameno à noite.

Para as Parteiras inscritas no evento, estaremos garantindo a hospedagem e alimentação, ficando a cargo dos municípios e núcleos articuladores o transporte para o local.

Para os demais convidados, as despesas com transporte, alimentação e hospedagem ficarão por conta própria ou de suas instituições, com exceção dos participantes combinados com a Organização do Encontro.

Próximo ao local do evento, estará a disposição o Grande Hotel Fazenda Nova. Valor da diária (c/ 3 refeições): R\$ 37,50
Fone para reserva: (081) 732-1137

PARCERIAS :

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

unicef

MEMISA / CÁRITAS HOLANDESA

FASE / Fundo NOVIB

CAIS do parto

O Cais do Parto, nasceu em 1991 na cidade de Olinda-Pernambuco, com base nos fundamentos da luta feminista, a partir do entendimento amplo de suas expressões e pela identidade com o movimento que trouxe transformações de comportamento e abriu caminho para novos paradigmas.

Nosso eixo político e ideológico é a **HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO**, como evento social e afetivo, direito de cidadania e momento que pode ser transformador das relações de gênero.

Nossa principal linha de ação: Valorização, Apoio, Reconhecimento e Atualização da função milenar da parteira.

Buscamos olhar o futuro da Cultura do Nascimento no Brasil, dando visibilidade a valiosa contribuição da Parteira na Saúde Pública ao longo da história, para que diante da tecnocratização dos tempos, este conhecimento possa ser incorporado.

O desenvolvimento e articulação das atividades situa-se no Estado de Pernambuco e tem gerado demandas em várias outras regiões do país.

De nossa parte sentimos o compromisso de reconhecer de fato e de direito a função e capacitação técnica e social da Parteira, divulgando seu trabalho principalmente onde o Brasil é anônimo e de maneira conjunta ir de encontro a soluções e alternativas para melhorar as condições de realização, como mulher, parteira e cidadã, ocupando com dignidade um espaço social, econômico e cultural.

Av. Dr. José Augusto Moreira 525 sala 5, Casa Caiada
CEP: 53 130-410 Olinda-Pernambuco
Telefax: (081) 432-5833

Realização: CAIS DO PARTO
Consultoria: GAPS - Empresa Junior - DEP/UFPE

ENCONTRO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS DE PERNAMBUCO

"da invisibilidade ao reconhecimento, qualidade de vida a partir do nascimento"

REDE NACIONAL DE PARTEIRAS TRADICIONAIS

Denise Dourado Dora
Assessoria Jurídica e Estudos de G.
Rua Andradas, 1137/2205 Centro
Porto Alegre - RS
CEP: 90020-007

Teatro de Nova Jerusalém
28 de novembro a 01 de dezembro de 1996
Fazenda Nova-PE
Brasil

Fonte: Acervo Carmen da Silva (NIEM/UFRGS).

Nascimento (2018) explicou como funcionam as rodas no CAIS do parto. As dinâmicas variam entre rodas de gestantes, rodas de casais grávidos e rodas de parteiras e todas são intermediadas por parteiras mais experientes.

[...] todos os participante se reconhecem, se apresentam e expõem suas intenções, dúvidas, e "contam" sobre suas experiências e perspectivas

personais de parto/nascimento. Muitas histórias são narradas por mães e pais que falam das tensões e dificuldades do trajeto de preparação para o parto e da superação do medo que se dá com o nascimento. Muitas dessas falas apresentam a ideia de ‘transformação’ da maternidade e paternidade que ocorre na experiência do parto presenciado, destacando a atmosfera de preparação e da guiança, que ocorre por meio das orações, cânticos, massagens e momentos de introspecção-tensão, para lidar com as energias necessárias à parturiente e ao bebê. Essas falas, geralmente carregadas de muita emoção, reafirmam a viabilidade fisiológica e a intensidade mística desse modelo de parto (NASCIMENTO, 2018, p. 75-76).

Ainda na década de 1990, outros jornais deram visibilidade aos encontros e alianças entre parteiras, representantes do governo e o movimento feminista. Em nota sobre o Encontro de Parteiras Tradicionais, promovido pelo CAIS do Parto em novembro de 1997, a *Rede Fax* lembrou a reunião de parteiras tradicionais dos estados de Pernambuco, Amapá, Acre, Maranhão, Paraíba, Alagoas e Bahia, representantes do Ministério da Saúde, secretarias de saúde estaduais e municipais, UNICEF e grupos feministas (REDE FAX, fev. 1998, p. 2). Já na edição de agosto daquele ano, lançou uma nota sobre o I Encontro Internacional de Parteiras da Floresta promovido pelo CAIS do Parto, Rede Nacional de Parteiras Tradicionais e Governo do Amapá, realizado em Macapá, em julho de 1998.

Reunindo mais de 350 parteiras vindas dos recantos mais distantes da Amazônia e Nordeste para troca de experiências e aperfeiçoamento de suas práticas de saúde, esse Encontro foi mais uma iniciativa voltada para a capacitação e valorização da identidade social das parteiras tradicionais, profissionais que, segundo dados oficiais, são responsáveis por 15% dos partos realizados anualmente no país (REDE FAX, ago. 1998, p. 4).

Esses grupos de mulheres também foram enunciados com outras palavras: “encontros”, “troca de experiências”, “esforço coletivo”, “rede de parteiras”, “comunidade”, “coletivo”, “tecer a rede”, “laços e vínculos”, “integração”, “grupos de autoconsciência”, “vivência”, “dialética”, “reflexão coletiva”, “vínculos grupais” e “novas relações”. Apesar das diferentes nomenclaturas, se entendeu que eram corpos que estavam em aliança por uma forma de parir menos precária, para além da valorização profissional.

Suely Oliveira⁸⁷ escreveu no *Jornal Fêmea*, em 1998, refletindo sobre mulheres terem o direito de escolher como parir.

Quando se fala em parto, nada mais justo que nós, mulheres, tenhamos o direito de escolher como parir, pois, o parto é o momento mais evidente da

⁸⁷ Secretária do Desenvolvimento Social e Econômico da Prefeitura de Camaragibe (Pernambuco), no período.

individualidade de cada ser. A maneira de parir deve ser uma escolha da mulher, assim como deve ser a decisão de ser ou não mãe. Seremos atrizes de nosso próprio espetáculo, desde o momento em que decidimos produzi-lo, até o aplauso final. E por muito tempo essa cena nos foi roubada. Passamos de atrizes principais a coadjuvantes, de um ato para o outro (FÊMEA, 1998, nº 66, p. 5).

Apesar de uma forte demanda pela visibilidade profissional das parteiras, se observou em sua fala uma postura feminista, de defesa da autonomia ao parir e de crítica ao instinto materno. A matéria também divulgou o Cais do Parto como “ONG pernambucana que trabalha com direitos reprodutivos e sexuais”, marcando um posicionamento que se alinhava aos debates da década (FÊMEA, 1998, nº 66, p. 5) e também se referiu ao 1º Encontro Internacional de Parteiras da Floresta. Neste, além de citar as mais de 300 parteiras tradicionais, enfatizou a presença dos profissionais de saúde de todo o Brasil e do exterior, representando diversas entidades como a FEBRASGO⁸⁸, UNICEF⁸⁹, Parlamento Europeu, Ministérios da Saúde e do Trabalho, secretarias estaduais e municipais, universidades, das ONGs feministas e de países que já desenvolvem trabalho com parteiras como a Costa do Marfim, Canadá, França, Guiana Francesa e Alemanha. O objetivo foi tornar visível o trabalho de partejar, a luta pelo reconhecimento profissional e [...] “discutiram encaminhamentos para mudar o atual quadro da obstetrícia no Brasil, que ‘elevou’ o nosso país a campeão mundial de cesáreas” (FÊMEA, 1998, nº 66, p. 5). Além do reconhecimento legal da profissão, propostas de implantação de casas de parto, de incentivo ao parto domiciliar, de formação de associações e de alfabetização das parteiras foram abordadas no encontro.

Em outra ocasião se deu enfoque a indicação da ONG CAIS do Parto ao Prêmio Cláudia, da Revista Cláudia⁹⁰. Este visava promover o reconhecimento do trabalho de mulheres e organizações femininas que atuavam para mudar a sociedade com soluções originais. E foi salientado no discurso do periódico *Fêmea*, o trabalho do CAIS como promotor de “uma consciência de classe e gênero”.

Ao todo o CAIS já capacitou cerca de quatro mil parteiras. Mas, o trabalho está apenas começando, se levarmos em consideração que existem no Brasil 60 mil “curiosas”, de acordo com dados do Ministério da Saúde. O trabalho da ONG, no entanto, não é apenas de treinamento e adequação de métodos de higiene e instrumentalização das parteiras. Além de resgatar um conhecimento milenar que elas possuem, o CAIS procura desenvolver

⁸⁸ Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

⁸⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância.

⁹⁰ Revista feminina, publicada pela Editora Abril desde 1961.

uma consciência de classe e gênero, a partir de uma metodologia inovadora e multidisciplinar. Como 85% das parteiras tradicionais são analfabetas, informações sobre reprodução e aparelho sexual, doenças sexualmente transmissíveis e pré e pós-natal são repassadas através de teatro, vídeos, massagens, relaxamento, modelagem em argila e outras técnicas audiovisuais. Nessas aulas de capacitação, assuntos como associações de parteiras, conhecimento do próprio corpo, sexualidade, respeito pela mulher enquanto ser social, produtivo e transformador da sociedade ganham uma especial atenção (FÊMEA, 1998, nº 68, p. 8).

Ainda, o trabalho com as parteiras tinha por objetivo promover “reconhecimento” e “respeito” profissional e também “remuneração pelo SUS”. Assim, o CAIS do Parto se empenhou na criação da Rede Nacional de Parteiras tradicionais em 1996.

Como uma forma de visibilizá-las para a sociedade, tirando-as do anonimato e do estigma de trabalho benemérito, o CAIS criou em 1996 a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais. Através da Rede, parteiras de diversas localidades trabalhadas pelo CAIS, 93 municípios no total, e as que ainda esperam capacitação podem se integrar, fortalecendo a categoria na implantação de associações. Hoje, existem 23 espalhadas em todo o País. Esse ano o CAIS também passou a coordenar, a nível estadual, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, o que dá subsídios para se discutir a questão de gênero junto às parteiras (FÊMEA, 1998, nº 68, p. 8).

O CAIS em 1998 coordenou a Rede Feminista de Saúde de Pernambuco, indicando uma forte relação do movimento feminista com as parteiras “organizadas”, essas que formavam redes e associações. O trabalho do CAIS do Parto também foi reconhecido pelo jornal *Mulher e Saúde*. A referida ONG de acordo com este impresso procurava desenvolver uma conscientização sobre classe e gênero, conforme *Fêmea* havia descrito. Além disso, apontou que as parteiras tradicionais deveriam ser valorizadas como “referência cultural humanizadora do parto e nascimento, na implantação dos direitos reprodutivos e na democratização das relações de gênero” (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 12). Nesse período, o CAIS assumiu importantes espaços, como representante do movimento de mulheres no Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco e integrou diversas redes feministas.

Já o impresso *Informama* do Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (MAMA)⁹¹ emitiu a seguinte nota: “O Centro Ativo de Integração do Ser (Cais do Parto) sediado em Olinda/PE completou dia 10 de julho, 10 anos de atividades”

⁹¹ Criado em 1988 com sede em Rio Branco – AC, o MAMA reúne integrantes dos estados da Amazônia e tem como principal líder Concita Maia.

(INFORMAMA, 2001, p. 2) e prestou uma homenagem às “mãos que partejam”, apontando que “na linha de frente de uma batalha silenciosa para auxiliar futuras mães e recém-nascidos, elas usam amor, intuição e a sabedoria popular (recheada de chás e orações) para salvarem vidas” (INFORMAMA, 2001, p. 2). Também mencionou parcerias para a capacitação de parteiras: a Prefeitura Municipal de Xapuri – AC, o Centro de Trabalhadores da Amazônia – CTA, a Rede Acreana de Mulheres e Homens e a ONG Curumim, que realizaram em julho de 2001 no referido município, uma oficina de capacitação com 26 parteiras das comunidades vizinhas. “A Capacitação Técnica de Parteiras Tradicionais para Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco e Humanização do Parto” foi o tema abordado.

Na década de 80 era comum os agentes de saúde encaminharem as futuras mães ao hospital. Atualmente essa visão mudou. As parteiras desempenham um importante papel nas áreas de difícil acesso, nos hospitais e maternidades que buscam a humanização do nascimento, salvando inúmeras vidas e são reconhecidas pelo que fazem. Apesar dos tempos modernos e dos avanços tecnológicos, são elas que levam segurança para as futuras mães (INFORMAMA, 2001, p. 2).

As noções de risco e segurança são construções discursivas que são mobilizadas de diferentes maneiras. Para algumas mulheres, há um processo de agência ao confiar nos seus, como para outras, a agência pode ser a escolha pelos recursos tecnológicos. Assim, cabe respeito à autoridade de decisão das mulheres, pois atribuem sentidos e possuem prioridades diferentes, de acordo com seus contextos socioculturais.

Aplicar o princípio de igualdade [...] significa, no mínimo, que riscos e benefícios têm de ser distribuídos em uma base justa e os responsáveis pelas políticas devem respeitar a autoridade das mulheres quanto à tomada de decisão sem discriminação de classe, raça, origem étnica, idade, estado civil, orientação sexual, nacionalidade ou região (Norte-Sul). (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 166).

Ainda cabe distinguir “entre o princípio feminista do respeito pela diferença e a tendência de governos predominantemente masculinos” ao utilizar a diversidade e “autonomia de culturas locais” para negar direitos humanos e se descomprometer com garantias sociais básicas, como assistência à saúde (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 169).

O jornal *Dar à luz* apontou que em muitos locais as parteiras são a única referência de saúde e que mesmo em locais onde tem hospital e/ou unidades

mistas, elas “são procuradas para realizarem o parto pela característica de solidariedade, da calma, do afeto e do respeito a mulher que está parindo e a vida que está nascendo naquele momento” (DAR À LUZ, 1999, p. 6). Ainda, o jornal da Rede Nacional de Parteiras, refutou a hipótese de que as parteiras seriam escolhidas somente por gestantes em condição de vulnerabilidade:

As parteiras não existem apenas para pobres, elas são escolhidas também pelo tipo de parto que realizam. A maioria da população das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tem um acentuado traço das culturas indígena, negra e cabocla que preservam as tradições culturais de concepção de vida de forma humanizada (DAR À LUZ, 1999, p. 6).

Ademais, defendeu a postura das parteiras como aliadas na redução da mortalidade materna e neonatal.

Por outro lado, as parteiras quando capacitadas e valorizadas tornam-se importantes aliadas na redução da mortalidade materna e infantil, além da diminuição dos custos hospitalares. O parto domiciliar pode oferecer plena segurança se for garantido às gestantes a cobertura do pré-natal, a capacitação da parteira, a supervisão e a referência e contra referência. Segundo a OMS, de cada 100 partos apenas 10 podem ter alguma intercorrência e para esses casos devemos ter hospitais bem equipados e profissionais justamente remunerados (DAR À LUZ, 1999, p. 6).

Considerando que o CAIS do Parto é uma ONG, cabe analisar esse fenômeno crescente. Para Céli Pinto (2006, p. 656) desde as pequenas e locais ONGs até as grandes ONGs internacionais todas são marcadas, em sua visão, pelo comprometimento “com causas humanitárias que pretendem intervir para provocar mudanças nas condições de desigualdade e de exclusão”. Contudo, observou a natureza instável dessas organizações, tanto em relação aos temas e formas como se organizam, quanto no quesito financeiro, dependendo de projetos e financiamentos para suas ações e, em alguns casos, necessitando de recursos do Estado.

Além disso, seu formato de ação, muitas vezes, se confunde com os movimentos sociais, principalmente as ONGs feministas, que representam uma “profissionalização da militância”, com forte característica geracional: “as ONGs da década de 1990, no Brasil, foram e estão sendo coordenadas em grande parte pelas militantes do movimento das décadas de 1970 e 1980” (PINTO, 2006, p. 656). Contudo, as ONGs não devem substituir os movimentos sociais, pois seus funcionamentos são muito distintos.

[...] uma ONG só existe por intermédio de projetos que a sustentem, ela é pró-ativa, tem metas a cumprir, programas pré-estabelecidos e financiados. Os movimentos sociais são menos estruturados, não prestam contas, nem têm um grupo de profissionais para sustentar. As ONGs formalizam-se, possuem diretorias, conselhos e corpo de funcionários. Isto pode levar, pelo menos em tese, a um processo de auto-referência muito grande, no qual sua reprodução como organização tenha quase tanta centralidade como a causa que defende; mesmo que muitas ONGs tenham se originado de movimentos sociais, esta não é a sua única origem, também surgiram de grupos de profissionais envolvidos com causas específicas, de ex-militantes políticos, tanto os que tiveram carreira interrompida pelo golpe militar, como os que se desiludiram e deixaram os partidos políticos por outras razões. As origens delimitam muito de perto a relação entre a ONG e a causa que defende (PINTO, 2006, p. 656-657).

Nesse sentido, cabe pensar que o CAIS do parto em si não é um espaço de assembleia, mas os encontros que promoveu e promove e as rodas de reflexão que propôs e propõe podem ser pensados como momentos de assembleia. Pinto (2006) aproxima dessa tarefa reflexiva ao trabalhar com a noção de rede em relação às ONGs.

A noção de rede em relação às ONGs pode ser pensada de duas formas: uma é a rede entre ONGs incluindo também os movimentos sociais, na qual cada organização é ponto de transmissão para outras, maiores ou menores, locais ou globais. Outra forma de pensar a rede é como um espaço tridimensional onde as ONGs funcionam não apenas como pontos de transmissão, mas como pontos nodais, que acumulam e distribuem informações, acumulam poder, credenciam-se como representantes fazendo a ligação entre o Estado e a sociedade em geral. É da capacidade de circular por todos esses pontos da rede que as ONGs tiram sua maior legitimidade e poder, construindo para si um status de representação muito particular (PINTO, 2006, p. 658).

Apesar de as ONGs funcionarem como essa “correia de transmissão”, conforme citou Pinto (2006), tem lhes cabido uma responsabilização em mobilizar áreas como direitos humanos, formações de redes e de empoderamento. Contudo, não podem ser vistas como “substitutas de partidos políticos, do Estado ou mesmo dos movimentos sociais” (PINTO, 2006, p. 667). É necessário pontuar seus limites de ação, seu caráter dependente de financiamentos (internacionais, muitas vezes), para não desresponsabilizar o Estado e enfraquecer outras possibilidades de agência política. Em suma, não é a ONG que gera autonomia ou a casa de parto, ou a organização das parteiras, mas a posição dos sujeitos envolvidos. A compreensão de seus corpos unidos como atos de resistência.

O jornal *GENTE*, além da ênfase sobre o CAIS do Parto, também deu atenção ao tema das Casas de Parto. Trouxe uma nota sobre a “Casa do Parto: Nove Luas, Lua Nova”, contando de sua inauguração:

Inaugurada em Niterói, Estado do Rio de Janeiro no último mês de fevereiro, é uma tentativa de colocar em prática ‘o direito de nascer direito’. Se propõe a ser um espaço onde a mulher vivencie a maternidade dentro do ritmo espontâneo de seu ciclo natural e próprio, participando da condução das práticas que podem ser adotadas. Ao mesmo tempo, é um centro de treinamento e estudos para os profissionais ligados à área de saúde dispostos a substituir e rever o conceito de interferência/intervenção pelo de acompanhamento (GENTE, 1993, p. 4).

Além da notícia da inauguração, é pertinente observar a perspectiva do jornal quando mencionou a existência de profissionais da saúde que estavam dispostos a “rever o conceito de interferência/intervenção pelo de acompanhamento”. Frase que remete a discussão sobre a medicalização e os limites da assistência, bem como o reconhecimento de quem protagoniza o momento e de quem acompanha. Apesar de falar em “ritmo espontâneo” e “ciclo natural e próprio”, a mulher seria uma participante da condução das práticas, dos treinamentos e estudos preparatórios ao parto, ou seja, outro modelo disciplinar de condução do parto, mesmo fora do espaço hospitalar.

De acordo com Daphne Rattner, Marcos Santos e Heloisa Lessa et. al. (2010, p. 217) a Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova foi implantada por um “grupo de feministas de Niterói, capitaneado por Vania de Freitas Maciel e Lúcia Maria Pires da Silva”. Foi uma das primeiras casas de parto do país, “disponível para a clientela do setor privado, cujas atividades se mantiveram por muitos anos, apesar das dificuldades e da resistência a essa proposta”.

O relato de Lânia Teixeira sobre sua cesárea humanizada, abordada no capítulo três, foi realizada na “Nove Luas”. É marcante em sua fala a forma que se sentiu respeitada e acolhida. Para Corrêa e Petchesky (1996) ouvir é a chave para a autonomia:

Ouvir as mulheres é a chave para se respeitar sua autonomia pessoal, moral e legal – isto é, seu direito à autodeterminação. Isto significa tratá-las como atores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade – como sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como meios das políticas de planejamento familiar e populacional. Ao enfatizar um modelo relacional e interativo de tomada de decisões reprodutivas, nosso conceito de autonomia na tomada de decisões implica o respeito pelo modo como as mulheres tomam decisões, pelas pessoas consultadas e pelos valores envolvidos. Não supõe a solidão ou

isolamento das 'escolhas individuais'. Nem tampouco exclui o aconselhamento sobre os riscos e opções envolvidos na contracepção, cuidados pré-natais, gravidez, DSTs e HIV, bem como outros aspectos da saúde ginecológica (CORRÊA E PETCHESKY, 1996, p. 163).

Ouvir as mulheres, não significa somente escutar, mas capacitá-las para que elas possam definir a si mesmas e não atribuir pré-conceitos a sua experiência. Também cabe observar que nesse contexto não foi citado o/a “médico/a humanizado/a” que realizou esse “parto inovador”⁹². Talvez, na Casa do Parto, tenha prevalecido mais a ideia de equipe do que a de personalidades ou, talvez, Lânia tenha se apropriado tanto de sua experiência e de “um parto todo seu” que não tenha conferido protagonismo ao médico/a em seu relato.

Outro depoimento no *Impresso Ventre* foi o de Maria de Fátima Alves da Silva, que se definiu como “mãe de Sonia”, nascida na Casa do Parto. Ela se colocou como protagonista quando disse que planejou seu parto e que ao visitar observou que a Casa do Parto era diferente do quadro.

No ano retrasado **planejei** minha gravidez. Ouvei falar da Casa do Parto e fui visitá-la. Achei interessante, mas nem cheguei a cogitar ter minha filha lá, era **muito diferente do quadro** hospitalar que eu tinha em mente. Com dois meses de gravidez, passei a frequentar um dos **grupos de gestantes** da Casa. O envolvimento com minha gravidez crescia a cada dia e mais intensamente depois de cada **reunião**. Ao mesmo tempo, meus receios e ansiedades iam sendo substituídos. [...] **crescia a consciência** da gravidez como um processo natural e não uma doença [...]. Mas ainda havia o preconceito de não querer ter um filho longe de um hospital “pronto para todas as emergências”, nem sequer eu sabia o que de tão grave poderia acontecer. E a UTI Neonatal, não tem que estar do lado do berçário? Meu marido hesitava ainda mais. Talvez pela **responsabilidade de decidir** algo por outras pessoas (um ainda nem nascido). Nossa sorte foi que entrei em um grupo onde todas as **colegas** estavam com a gravidez mais adiantada do que a minha, e pude vê-las, uma a uma, tendo seus filhos. Aos poucos adquiri a tranquilidade que me faltava e a certeza de que queria o nascimento da minha filha num lugar especial, numa casa, **rodeada** por pessoas conhecidas e queridas [...]. Aos 6 meses de gravidez, **fiz** uma mudança radical em **meus planos**. **Troquei** toda a equipe médica e **resolvi** que teria minha filha na Casa do Parto. [...] Soninha nasceu às 0014min do dia 08/07/1997, com muita tranquilidade, carinho e respeito. Isso **não tem preço!** Agora ela já está com quase um aninho e toda vez que passo em frente à Casa do Parto meu coração se enche de saudades daqueles primeiros dias como mãe. Ao contrário do que a mídia nos passa nos filmes e novelas (e eu acreditava), parto não é sinônimo de correria, emergência, risco de vida, angústia e medo. Parto **deve ser sinônimo** de nascimento, tranquilidade, paciência, segurança, alegria e respeito. (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 7, grifos meus).

⁹² Cabe notar que, de acordo com seu relato, estavam realizando cirurgia (cesárea) em ambiente não hospitalar.

Em seu relato disse que com seu marido estava a “responsabilidade de decidir algo por outras pessoas” (IMPRESSO VENTRE, 1998, p. 7). Mas, apesar das hesitações dele e da Casa do Parto se constituir em uma experiência diferente do quadro hospitalar e não compor a cena que dominava o regime de verdade da parturição, ela decidiu o seu parto ao longo de toda a gestação. Maria de Fátima planejou sua gravidez; frequentou grupos de gestantes/reuniões, aumentou sua consciência, esteve rodeada por outras mulheres que viviam a mesma experiência, sentia que eram suas colegas e passou a relatar usando verbos que marcaram sua ação: “fiz”, “troquei” e “resolvi”. Além disso, se apoderou tanto da experiência que significou o parto, indicando o que deveria ser seu sinônimo. Em sua visão, para essa experiência “não tem preço”, indicando que sua escolha se pautou mais por outros valores, que não o econômico. Assim, sugerindo sua posição social, pois, para a maioria das brasileiras parir em uma casa de parto privada “teria preço”.

Carneiro (2011) observou que, simultaneamente nos relatos das mulheres que escolhem “parir diferentemente” e que buscam os serviços alternativos da parturição, há a interação de um processo de auto elaboração em uma perspectiva racional com uma configuração mais emocional, pautada em uma ideia de natureza e sensações.

Em outras palavras, parece-me inegável que entre essas mulheres circula a perspectiva da autonomia do próprio corpo e de suas escolhas, assim como da independência da família e dos discursos socialmente vinculados acerca de parto, [...] pautam também um processo de auto elaboração, que é relacional [...]. Por outro prisma, as adeptas do parir diferentemente destoariam da perspectiva iluminista de pessoa, à medida que dizem operar mais com a sensibilidade do que com a racionalidade, com o cotidiano, com a transgressão e com uma configuração subjetiva construcionista pautada na alteridade, tecendo, para isso, inclusive outras relações com a natureza, que não mais a inerte e a inalterável do pensamento moderno iluminista, mas entendendo-a de modo integrado, como se pessoa e cosmos fossem construídos de modo interdependente e de forma aliada às emoções e às sensações (CARNEIRO, 2011, p. 189-190).

Contudo, nesta tese se compreende que o relato de si é um processo que mescla intenções de objetividade, sobretudo direcionada a quem ouve, com as subjetividades de quem relata e uma defesa de sua posição social. De acordo com Ana Rosa dos Anjos (2020), que pesquisou a Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, o *Impresso Ventre* tinha por objetivo ser “a voz” da Casa, mas também acolher diferentes vozes.

O *Ventre* era a “voz” de uma instituição que se propunha a oferecer um local para as mulheres que desejavam vivenciar o processo de gestar e parir de uma forma diferente da que era comumente oferecida, a acolher os profissionais que buscavam prestar uma assistência contra hegemônica, a sensibilizar os que se opunham a mudanças ao modelo de atenção em saúde, a se construir como rede de interações e a contribuir com uma práxis reflexiva. O jornal *Ventre*, como a instituição que ele representa, se propõe a acolher e entoar várias e diferentes vozes, tendo como pano de fundo a “humanização do nascimento”, considerando aqui a polissemia do termo (ANJOS, 2020, p. 126).

O acolhimento dessas vozes era restrito, ao menos, por um marcador, a condição econômica, tendo em vista que a Casa funcionava de modo privado e os atendimentos aos partos eram cobrados. Mesmo sendo gratuita a distribuição do *Impresso Ventre* e ele ter apresentado novas modalidades parturitivas como a cesárea humanizada, relatos de parturientes e críticas ao sistema normativo de atenção, também tinha a funcionalidade de promover as ações da Casa e ser um veículo inteiro destinado à publicidade deste local (parte a ser considerada no serviço/venda da sua prática alternativa). Qual a dimensão da pluralidade dessas vozes também pode ser questionada, já que as “mulheres” do impresso não tinham raça, escolaridade, nem situação socioeconômica aparente ou autodeclarada.

Outra matéria que também já foi analisada na tese, mas é importante retomar é a de Lívia Carneiro publicada no *Jornal da Rede Feminista*, sob o título “Humanizar é preciso”, no qual ela teceu críticas à “hospitalização” do parto, ou seja, a concentração de partos em hospitais. Para Lívia nos últimos cinco anos (1995 em diante) o movimento de mulheres estava conduzindo um debate e o compartilhando com a academia, autoridades públicas e a sociedade em geral sobre esta “aberração na vida das mulheres” referindo-se a “hospitalização” (JORNAL DA REDE, 2000, p. 16).

Mencionou a constituição da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) e a campanha “Natural é parto normal” do CFM que trouxeram visibilidade ao tema, deixando “evidente que era necessário realizar mudanças no modelo de assistência ao parto, pois essa distorção não iria ser eliminada apenas com um trabalho de informação e educação” (JORNAL DA REDE, 2000, p. 16).

O Ministério da Saúde implementou algumas medidas, como: estipulação do percentual de cesáreas nos serviços; a legitimação do atendimento ao parto pela enfermeira obstétrica; o reforço na fiscalização dos serviços prestados pelo SUS (coibindo o duplo faturamento ou a complementação das cesáreas desnecessárias) e a normatização e construção das casas de

parto, trata-se dos primeiros passos para a humanização do parto. (JORNAL DA REDE, 2000, p. 16-17).

Para Carneiro, era “necessário mudar o cenário do parto. Da negociação entre as vantagens e desvantagens do domicílio e do hospital surge a casa de parto” (JORNAL DA REDE, 2000, p. 17). Sem citar uma vantagem e/ou desvantagem em específico, definiu o modelo de casas de parto:

Ela é a reconciliação entre esses dois partos. Podemos sonhar com ambientes mais semelhantes aos domicílios: paredes coloridas, janelas amplas, decoração singela, áreas verdes (praças e jardins) para as caminhadas, presença de música suave, quartos privativos que preservam a intimidade e afetividade da família, duchas e banheiras com água morna para amenizar os desconfortos, bancos e cadeiras obstétricas para favorecer a alternância de posição e adotar as benéficas posições verticais (JORNAL DA REDE, 2000, p. 17).

Abordou o “alojamento conjunto”, um ambiente comunitário para o pós-parto dentro da casa de parto, como um espaço de afetividade, solidariedade, interdependência e compartilhamento de informações entre mulheres. Portanto, outro lugar que poderia abrigar uma espécie de assembleia. Compreendendo-a não como o alojamento em si, mas a prática que ocorre ali, assim como, os grupos e rodas de gestantes já mencionados, como promotores de autonomia.

Em oposição às necessidades de privacidade do pré-parto, o ambiente do pós-parto, também chamado alojamento conjunto, pode ser um espaço comunitário. Nesta fase, as mulheres gostam de dialogar entre si sobre suas experiências e sua criança. Elas trocam conhecimentos e informações e aprendem a dar o peito, entre si (JORNAL DA REDE, 2000, p. 17).

Por fim, a médica ainda defendeu a ideia de que a casa de parto também é um ambiente que inovaria positivamente as relações profissionais.

A casa de parto permite devolver o parto-nascimento à família e despertar inovações nas relações profissionais. Neste clima de intimidade e aconchego, os/as profissionais se sentem menos estressados/as e mais envolvidos/as e disponíveis para adequar rotinas mais flexíveis que levem em conta o bem-estar da mulher e da criança. O/a profissional deve desenvolver habilidades relacionadas ao contato com a mulher, que serão favoráveis a sua adequação emocional à gravidez e ao parto, resultando em melhor adaptação anatômica, fisiológica e bioquímica do seu corpo. Ele/a também pode ajudar na elaboração e superação dos medos, ansiedades e tensões. Neste modelo de atendimento, toda a equipe deve acolher a mulher e sua família com empatia, solidariedade e respeito, sempre levando em conta suas opiniões, preferências e necessidades. Deve-se cultivar uma postura otimista, tendente a aumentar a capacidade da mulher, em vez de torná-la frágil e dependente. A ideia é criar uma perspectiva de continuidade de atendimento desses nove meses depois (exogetação) nos quais a

mulher carece da mesma atenção dos serviços de saúde (JORNAL DA REDE, 2000, p. 17).

Contudo, salientou que o profissional que atende nesse modelo necessitaria desenvolver habilidades: maior envolvimento para auxiliar a mulher a adequar-se nas transições entre a gravidez e o parto, emocionais e físicas, promovendo um acolhimento empático e considerando suas preferências e necessidades e aumentando sua capacidade de agir. Além disso, demandaria um acompanhamento por mais nove meses após o parto, em uma perspectiva de atenção materna e neonatal contínua.

Outro impresso se dedicou à Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova. Um “livreto” como produto final do Seminário sobre parto que visou discutir o número de cesáreas, intitulado “Parto: Tempos de Ser e de Nascer”⁹³, de 1999, localizado no Acervo Carmen da Silva. Nesse período, o seu grupo organizador Ser mulher - Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural coordenava a “Regional Rio de Janeiro” da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Na “Seção de Experiências em Parto Humanizado nos Serviços Públicos e Privados”, a Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova foi apresentada na voz de Lúcia Maria Pires da Silva, Terapeuta Corporal e Diretora da Casa. Em sua fala propôs contar a história do espaço e “mostrar que não se trata de uma iniciativa descabida” (SER MULHER, 1999, p. 44). A sua formação inicial foi na “Faculdade de Reabilitação”⁹⁴, quando ela, vinte anos antes, aprendia “do ponto de vista acadêmico” sobre as patologias. Até que um dia, observando duas gestantes na sala de espera que conversavam “sobre seus medos, suas angústias, suas dúvidas” percebeu que “a mulher grávida vai bem além de uma barriga que carrega um bebê. Passamos a vê-la de uma forma mais global” (SER MULHER, 1999, p. 44-45).

O surgimento da Casa estava ligado, de acordo com sua fala, às necessidades das mulheres e o trabalho foi assumindo diferentes formatos e perceberam que “não existem fórmulas, o fundamental é que ela [parturiente] entenda o processo que está vivendo e, juntamente com o profissional que a assista, chegue a um parto que seja o melhor na situação, parto normal ou cesariana.” (SER

⁹³ É composto por relatos das falas desse Seminário e, por ser um impresso, se continuará com a metodologia empregada na tese, observando os enquadramentos e a análise dos impressos proposta por Luca (2008).

⁹⁴ Não especificou o curso de formação.

MULHER, 1999, p. 45). Em seguida, explicou o surgimento do espaço, diferenciando-o do hospital e aproximando-o do domicílio, mas com “mais recursos”.

[...] onde a mulher não se sentisse amedrontada na hora do parto e oferecesse mais recursos que o domicílio, sem ser um hospital. Afinal, a única coisa que se faz com saúde num hospital, é ganhar bebê. Hospital cuida de doente e nascimento está relacionado com saúde, na maioria das vezes. Hospital é para partos de risco (SER MULHER, 1999, p. 45).

Defendeu que o “hospital é para partos de risco” e que o objetivo da Casa do Parto não era complementar o sistema obstétrico existente, mas o de “reunir pessoas para refletir”.

O objetivo da Casa de Parto não é cobrir a deficiência de leitos obstétricos em nossa cidade ou Estado. O objetivo é reunir pessoas para refletir e discutir as condições atuais dos nascimentos, e qualidade da prestação dos serviços às gestantes e aos recém-nascidos. É necessário contextualizar essa situação. As causas estão relacionadas com a vida urbana, com um modelo médico que valoriza inadequadamente a tecnologia, com as mulheres amedrontadas porque se afastaram de tudo que é intuitivo, com as imposições do capitalismo e tudo isso está, também, diretamente relacionado com o uso abusivo das cesarianas. Outro fator que contribui para a situação é a escravização da classe média aos planos de saúde, que criam armadilhas como pagamento de 30% a mais para a equipe médica quando o parto acontece ou ‘é feito’ nos horários de urgência, levando, inevitavelmente, à lotação dos hospitais nestes horários (SER MULHER, 1999, p. 45).

Para Lúcia, a classe médica tinha o olhar voltado para o risco e isso se articulava com “a submissão da mulher que passa a acreditar que a gravidez é uma situação muito perigosa” (SER MULHER, 1999, p. 46). Reconheceu que “quando lidamos com o nascimento, nos deparamos com a questão da Vida e da Morte e na nossa cultura a morte é assunto evitado, quase proibido, porque não entendemos a Vida como um ciclo.” (SER MULHER, 1999, p. 46). Como já evidenciado nesta tese, o tópico da mortalidade materna permeou as discussões sobre parto, inclusive sobre Casas de Parto.

Ainda, especificou que na “Nove luas, lua nova” estavam preparados para atender partos de baixo risco, contudo, atendiam cesarianas.

A Casa de Parto foi inaugurada em 1993 e está preparada para atender a partos de baixo risco. Com média de dez partos por mês, 28 a 30% são cesarianas, e ainda consideramos um índice acima do desejado. A Casa conta com uma sala de cirurgia e outra para partos normais, com cama obstétrica tradicional, cadeira para parto de cócoras e banheira para partos submersos (SER MULHER, 1999, p. 46).

Por fim, mencionou o *Impresso Ventre*, produzido pelo Centro de Estudos da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova:

Temos um Centro de Estudos que publica o jornal 'Ventre' periodicamente, oferece cursos de sensibilização para profissionais que trabalham com gestantes, e oferece visitas para escolas desde o jardim de infância até a universidade e para profissionais de saúde. Oferecemos também Grupos de gestantes e casais grávidos. [...] fazemos questão de que a mulher mantenha-se participante no processo de nascimento do seu filho, que seja respeitada nos seus desejos dentro das possibilidades da situação (SER MULHER, 1999, p. 46).

Defendeu, ainda, que “este tipo de prática que questiona, contesta o estabelecido e propõe mudanças, provoca reações.” E, que os resultados positivos não eram citados, como os “550 partos acontecidos sem registro de infecções, sem qualquer intercorrência grave com as mulheres e um número baixíssimos de transferência de bebês para unidades de tratamento intensivos” (SER MULHER, 1999, p. 46).

“Nove Luas” foi a única casa de parto abordada pela imprensa feminista no período pesquisado. Apesar disso, experiências em lugares alternativos para atenção ao parto estavam acontecendo, inclusive antes e de modo gratuito. A ONG Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA), no Jardim Monte Azul, zona sul (periferia) de São Paulo, oferecia uma atenção ambulatorial aos partos, fora do hospital e só posteriormente, se tornou uma casa de parto. O serviço da ACOMA esteve em funcionamento durante 15 anos, desde o começo da década de 1980, tendo uma parteira diplomada na Alemanha como responsável, Angela Gerhke.

[...] o serviço de atendimento ao parto da ACOMA se distinguia e se diferenciava de outras maternidades existentes no município de São Paulo, foi por ter sido o primeiro, na década de 1980 a oferecer à sua clientela a possibilidade de realizar um parto ambulatorial e receber seus recém-nascidos fora do hospital. Ambas as clientelas – usuárias e clientes particulares podiam fazer seus partos no ambulatório e, a partir da inauguração da Casa de Partos da ACOMA, em julho de 1997, este serviço foi para lá transferido. Ao mesmo tempo, parte da clientela, também podia optar por dar à luz em casa. Essa possibilidade era oferecida, a princípio, para a clientela particular, porém diversas usuárias da ACOMA, pela proximidade que tinham com as obstetrias responsáveis pelo serviço, também, puderam usufruir dessa opção (HOTIMSKY, 2001, p. 2015).

O atendimento oferecido por Angela, inicialmente para as gestantes da favela e de bairros vizinhos, foi se espalhando até os bairros mais ricos da capital e muitas mulheres passaram a se deslocar para ter seus bebês com ela. A Casa de Parto foi

inaugurada em 1997, mas em seguida teve suas portas fechadas. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de SP notificou Angela Gerhke e Érika Alfe, outra parteira alemã que também atendia com Angela, que não poderiam exercer a profissão até regularizarem a situação, obtendo diploma de Obstetriz ou Enfermeira Obstétrica reconhecido no Brasil. Angela fez a revalidação, mas em seguida faleceu com câncer e Érika não permaneceu na profissão (HOTIMSKY, 2001).

Segundo Hotimsky (2001) a experiência da Comunidade Monte Azul serviu de inspiração para a criação da Casa de Partos de Sapopemba do Projeto Qualis inaugurada em 1998 e considerada a precursora das Casas de Parto no Brasil. Em 2003 a ACOMA convidou outra médica alemã, Anke Riedel, que voluntariou com Angela para desenvolver em parceria com a Secretária Municipal de Saúde (São Paulo) o projeto da nova casa de parto. As obras começaram em 2006 com apoios internacionais e de doadores e a inauguração da Casa Angela – Centro de Parto Humanizado foi em 2009. Angela foi uma personagem importante no cenário da humanização, por ter tido sua formação com o obstetra francês Frederick Leboyer (um dos pioneiros do parto humanizado no mundo), por sua participação no movimento de humanização do parto, inclusive era filiada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), mas, sobretudo, por seu trabalho em uma comunidade carente, proporcionando uma alternativa para aquelas mulheres que não podiam pagar pelos “partos alternativos”. Entende-se que o processo de criação de Casas ou Centros de Parto Normal públicos foi de democratização da assistência humanizada ao parto e que influenciou na autonomia ao parir, constituindo-se em uma alternativa de “parir diferentemente” para mulheres em desvantagem socioeconômica.

4.4 “Movimentos” de humanização do parto

“Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer”. Com essa citação do obstetra francês Michel Odent o jornal *GENTE* (1993) intitulou sua nota. Este médico é um dos expoentes mundiais do movimento de humanização e sua frase ficou célebre, trazendo o foco ao nascimento e também um protagonismo ao recém-nascido. O impresso anunciou que entre 15 e 17 de outubro de 1993 foi realizado o I Encontro Nacional de Parto Humanizado com grupos e instituições de

quase todo o país para trocar informações e metodologias com o objetivo de “humanizar o parto”. Além disso, a nota divulgou como desdobramento do encontro a criação da Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA), tendo em sua secretaria executiva o grupo Ceres de Goiás. A referida Rede também se preocupou em organizar a edição futura do evento, o II Encontro Nacional de Parto Humanizado, com data prevista para agosto de 1994 em Recife, sob responsabilidade do CAIS do Parto e do Curumim⁹⁵. Já a REDEH e a Casa do Parto de Niterói assumiram a programação do evento e o Grupo do Parto Alternativo da UNICAMP comprometeu-se com a divulgação naquele ano.

Nesta nota foram mencionados os principais grupos que se mobilizavam pela chamada “humanização do parto” no período, segundo o jornal *GENTE* (1993): O grupo Ceres, o CAIS do Parto, o Curumim, a REDEH, a Casa do Parto de Niterói e o Grupo do Parto Alternativo da UNICAMP. A partir dessa rede de associados (REHUNA) o movimento de humanização se organizou, sendo a maioria composta por profissionais da área da saúde, que também teciam críticas ao sistema de atenção ao parto.

Para Tornquist (2004) a REHUNA estava contribuindo com a construção da identidade do movimento de humanização e tinha abrangência nacional. Observou que o grupo de médicos que participaram da fundação se autoproclamava “Ginecologistas Marginais”, alegando que fugia do associativismo profissional e acadêmico. Dos 33 fundadores, 31 eram mulheres e pelo menos três grupos feministas estavam representados na reunião:

[...] o Coletivo Feminista, de São Paulo, o Curumim e o Cais do Parto, de Recife – sendo que estes dois últimos já atuavam com parteiras tradicionais, e ainda a REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana). A REHUNA contou ainda com a importante presença do Grupo Ceres, ligado ao Hospital Pio X, de Goiás, e que teve um papel importante ao sediar a primeira secretaria executiva (TORNQUIST, 2004, p. 145).

Os profissionais atuavam em hospitais, casas de parto, universidades e ONGs:

Havia várias profissionais que atuavam prioritariamente em instituições hospitalares públicas ou privadas, como Maternidades e Casa de Parto, na época, a Casa de Partos Nove Luas, Lua Nova, de Niterói, bem como

⁹⁵ O Grupo Curumim (atualmente se denomina Grupo Curumim Gestação e Parto) se define como um grupo feminista que atua desde 1989 em defesa dos direitos das mulheres. Disponível em: <https://grupocurumim.org.br/#quemsomos> Acesso: 12 abr. 2023.

pessoas diretamente vinculadas às Universidades, ainda que muitas destas tivessem também laços com associações e/ou ONG, o que caracterizava uma espécie de dupla identidade – profissional e militante, e /ou dupla militância (TORNQUIST, 2004, p. 145).

O boletim *GENTE* abordou a criação da REHUNA e seu compromisso com a promoção de autonomia às mulheres.

REHUNA vai trabalhar para que as mulheres se reapropriem de suas vidas conquistando autonomia sobre seus corpos, seus partos, resgatando os conhecimentos tradicionais de atendimento ao parto, valorizando o trabalho das parteiras acrescido do conhecimento técnico sistematizado e utilizado com critérios (GENTE, 1993, p. 2).

Na fundação da REHUNA, foi elaborado um documento chamado “Carta de Campinas”. Nesta, mencionaram pessoas, grupos e entidades que trabalhavam há anos com gestação, parto e nascimento e se reuniram “em iniciativa autônoma e independente, em Campinas [...], para debater a situação atual do nascer em nossa sociedade”. Citaram a violência, o constrangimento e “condições pouco humanas” na assistência à saúde reprodutiva. Na sequência, trouxeram o índice de que o “Brasil apresentava a maior taxa mundial de cesárias” e que “este passou a ser o método normal de parir e de nascer, uma inversão da naturalidade da vida” (REHUNA, 1993, s/p.). Contudo, também elencaram a violência no parto vaginal:

No parto vaginal, a violência da imposição das rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto que passou a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais cruciais tomam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor. (REHUNA, 1993, s/p.).

Nesse trecho desta carta pública (aberta à sociedade para notificar a criação da REHUNA), foram citadas as palavras “violência”, “imposição”, “interferências”, “perturbam”, “inibem”, “patologia”, “intervenção”, “terror”, “impotência”, “alienação” e “dor” associadas ao parto vaginal. Além disso, os/as “rehunidos/as” compreendiam que para garantir a assistência, as mulheres assumiriam o papel passivo de doentes.

Na tentativa de garantir a presença do obstetra no parto, signo de segurança, cientificidade e alívio à dor, a mulher assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se às intervenções sugeridas pelo médico, que, imerso no contexto de crescente especialização e

incorporação acrílica⁹⁶ de tecnologia diagnóstica e terapêutica de ponta, se afasta cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, perdendo o conhecimento e a segurança da prática da obstetria (REHUNA, 1993, s/p.).

Na Carta também constou que “ninguém informa à mulher” sobre a possibilidade da “cesárea desnecessária” aumentar o risco de morte materna e “ninguém lhe diz” que “cesárea desnecessária” pode aumentar a morbi-mortalidade perinatal e, por fim, “ninguém informa ainda que o parto é o pior momento para fazer a laqueadura, expondo a mulher a riscos e arrependimentos futuros” (REHUNA, 1993, s/p.). O documento apresentou um cenário de desinformação, apesar disso, os membros da REHUNA colocaram que mudanças “estimuladas pelo debate que se dá no movimento feminista”, vinham possibilitando que mulheres tomassem “consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito face às questões da saúde reprodutiva e [...] a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina”. (REHUNA, 1993, s/p.). Neste trecho, foi possível observar que atribuíram à informação e à tomada de consciência ao processo de tornar-se sujeito. Contudo, trouxeram o nascimento (nem é o parto) como especificidade da identidade feminina, reduzindo a vida das mulheres ao momento de parir.

Também teceram uma crítica ao “modelo social e econômico na qual tempo é dinheiro e o parto vem sendo crescentemente realizado como uma linha de montagem, violentando o tempo e o ritmo natural de mãe e filho”.

[...] pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores dos políticos de saúde, para: mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento; incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos; aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento. (REHUNA, 1993, s/p.).

Na Carta foi mobilizado o conceito de autonomia como algo que as mulheres já possuíam, mas deveriam aumentá-lo, junto ao poder de decisão, criando de certo modo, uma diferença entre autonomia e o poder de decidir. Nesse comunicado

⁹⁶ Incorporação de materiais não naturais (acrílicos/sintéticos).

público, os membros da rede⁹⁷ se colocaram como “aliados na luta por uma vida mais humana, digna e saudável” (REHUNA, 1993, s/p.).

Acreditamos que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre os quais lembramos: implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério; divulgação e adesão às recomendações do OMS na Conferência Internacional sobre Tecnologias apropriadas ao Nascimento; trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade e nascimento voltado a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal; apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupos de parteiras tradicionais, doulas e ONGS. (REHUNA, 1993, s/p.).

Os Reunidos/as acreditavam, portanto, nessa aliança entre diferentes corpos e na integração de várias estratégias e mecanismos sócio-políticos: o PAISM, a OMS, os serviços privados de humanização, as casas de parto, as parteiras, as doulas e as ONGs. Além disso, a Rede de Humanização possuía um boletim intitulado “Rehuna e Viva”, do qual foi localizada apenas uma edição⁹⁸. Nesta mencionaram que estavam concretizando um sonho: “ter um instrumento próprio de divulgação de nossas ideias e atividades” (REHUNA E VIVA, 1998, p.1). A responsabilidade pela redação do jornal seria do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (GENP) do Instituto de Saúde, de São Paulo, e a impressão e difusão com a Secretaria Executiva da REHUNA, no Rio de Janeiro. Trouxeram um

⁹⁷ Anna Volochko (Instituto de Saúde, MCCA – Mulher, criança, cidadania, saúde); Debora Cristina Junqueira de Andrade (CAISM – UNICAMP); Fatima Santa Rosa (CAISM - UNICAMP); Geralda Margarida dos Santos (Maternidade Odete Valadares); Hugo Sabatino (CAISM – UNICAMP); Jacira Curado Barbosa (Maternidade Odete Valadares); Livia Martins Carneiro (Núcleo de Saúde da Mulher - Hospital São Pio X); Lucia Maria Pires da Silva (Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova); Maria Ester Vilela (Núcleo de Saúde da Mulher, Hospital São Pio X); Maria Silva Setubal (CAISM – UNICAMP); Melodye Radler Venturini (Coletivo Sexualidade e Saúde); Paola Frisoli (Núcleo de Saúde da Mulher – Hospital São Pio X); Regina Celia Sarmiento (CAISM – UNICAMP); Silvia Nogueira (Grupo de Parto Alternativo – UNICAMP); Suely Carvalho (CAIS do Parto); Veronica Gomes Alencar (Prefeitura Municipal de Campinas); Cecilia de Oliveira Lollato Lopes (Grupo de Parto Alternativo – UNICAMP); Djanira Ribeiro (sem menção a entidade); Gabriela Edith Gomes (CAISM – UNICAMP); Helena Maria Carmo Schuch (Centro Integrado de Estudos e Pesquisa do Homem); Isabel Regis (Departamento de Psicologia da UFSC); Lisandra Rocha Porto (CAISM – UNICAMP); Maria de Lourdes Teixeira “Fadinha” (Instituto Aurora de Yoga e Terapia); Maria Luiza Nicoletti Marques “Malu” (UNICAMP); Marisa Rodrigues Grupo de Parto Alternativo – UNICAMP); Mirian Faury (PUCCAMP/ SOS AÇÃO-MULHER-FAMÍLIA); Paula Viana (Grupo Curumim); Silvia Bonfim (Maternidade Assis Chateaubriant); Solange Dacach (REDEH – Rede de Defesa da Espécie Humana); Vania de Freitas Maciel (Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova); William Alexandre Oliveira (CAISM – UNICAMP). (TORNQUIST, 2004).

⁹⁸ Não foi possível localizar outras informações, além das contidas no próprio jornal. Não há menção sobre ele na bibliografia de humanização do parto, por isso, se acredita que ele teve poucas edições e proporcionalmente pouca circulação.

resumo da ata da reunião plenária de 31 de outubro a 02 de novembro de 1997, fazendo um balanço “positivo da conjuntura”.

A redação ponderou que a estratégia de realização de Seminários sobre Nascimento e Parto era “produtiva, tanto para sensibilização dos profissionais de saúde, como para a da população em geral” (REHUNA E VIVA, 1998, p. 2). Citou seminários em São Paulo e Rio de Janeiro em 1996, em Recife, Fortaleza, Juiz de Fora e Friburgo em 1997 e em Belo Horizonte e Guaratinguetá em 1998 e, que destes seminários foram elaboradas publicações sobre o tema e que a mídia estava dando “[...] cada vez mais, espaço para a problemática da mortalidade materna e perinatal, assim como às mazelas da assistência” e divulgando iniciativas pioneiras (REHUNA E VIVA, 1998, p.2). O movimento de humanização, assim como as parteiras, se organizou nesse período, prioritariamente através desses seminários, congressos e cursos. Eram momentos, portanto, de produzir e espalhar informações e também de se organizar coletivamente.

O boletim também mencionou a campanha do Conselho Federal de Medicina⁹⁹, e de alguns dos Conselhos Regionais pela redução de cesáreas, “um dado inimaginável em outros tempos e que merece todo o nosso apoio”. Contudo, advertiu que “apenas a redução das taxas, sem a introdução de uma prática mais humanizada, apenas acrescentará maior sofrimento ao processo de parturição.” (REHUNA E VIVA, 1998, p.2). Apesar, desta cuidadosa observação de que reduzir as taxas de cesárea não implicaria em práticas mais humanizadas, cabe enfatizar que a REHUNA se estruturou em categorias profissionais, sobretudo Enfermagem e Medicina e que não escondia suas pretensões em dominar os debates e caminhos da assistência ao parto. De acordo com a redação do boletim: “Enfim, na nossa avaliação, este parece ser o momento para a Rehuna articular-se de forma mais concreta, com vistas a dar respostas às solicitações, assim como influenciar os rumos que a assistência virá a assumir” (REHUNA E VIVA, 1998, p. 2).

Para ser membro da REHUNA, em consonância com seu folhetim, era necessário assumir o compromisso de trabalhar para que as Recomendações da OMS fossem adotadas; a admissão ocorria em uma “assembleia geral” e os membros forneciam uma contribuição anual em dinheiro. Nesse contexto, a publicação

⁹⁹ Campanha abordada no capítulo três.

funcionava, ainda, como um instrumento de divulgação para “chamar” novos associados.

Por fim, cabe analisar que havia espaço no impresso para sugestões e projeções do que gostariam de construir via Rede de Humanização: organizar um acervo sobre parto e nascimento com sede na Secretaria Executiva da REHUNA; constituir uma Comissão Científica com reuniões periódicas para prestar assessoria; consolidar uma equipe para treinar profissionais em assistência humanizada; *workshops*; organizar uma audiência pública no Congresso Nacional; “trabalhar pela aprovação do projeto de lei do Deputado Eduardo Jorge, do PT, para criar o Curso Técnico em Obstetrícia Humanizada”; “realizar uma Campanha pela Humanização do Nascimento, ocupando os espaços disponíveis na mídia, a exemplo da magnífica campanha organizada pelo Grupo Curumim na Região Metropolitana do Recife” e conseguir fundos com agências financiadoras (REHUNA E VIVA, 1998, p. 3).

Tornquist (2004) teve acesso a lista de associados/as da REHUNA em 2003, permitindo que se entenda o quadro profissional dos/as integrantes e o quanto a rede de associados cresceu em dez anos.

[...] a REHUNA conta com um total de 259 associados e associadas, incluindo-se cinco associações dos coletivos (ONGs); deste total, temos 214 mulheres e apenas 45 homens. Um número expressivo de associados são profissionais com curso superior e com intensa concentração no campo de saúde. Médicos (31%) e enfermeiras (35%) compõem, juntos, a maioria dos associados (66% do total), seguidos por um número bem menos expressivo de psicólogos/psiquiatras (8%), terapeutas corporais (3%), fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas (3,1%), e menor ainda de cientistas sociais (2,7%) e educadores, os quais, ao lado das parteiras tradicionais (1,9 %) e profissionais de nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem, que perfazem 1,5%), figuram em último lugar (TORNQUIST, 2004, p. 148).

O movimento de humanização do parto antes de se institucionalizar nessa rede de associados – a REHUNA – e de se tornar um programa do Ministério da Saúde, teve como precursoras parteiras tradicionais capacitadas pela ONG Cais do Parto, o PAISM, recomendações da OMS e algumas ações pioneiras, como os médicos Cláudio Paciornik e seu pai, Moisés Paciornik, no Paraná, que propuseram mudanças na assistência observando nascimentos entre as indígenas Kaingangues; do médico Galba Araujo, no Ceará, que introduziu conhecimentos de parteiras tradicionais no hospital, utilizando bancos de madeiras para o parto de cócoras e de Hugo Sabatino, médico em Campinas, fundador do Grupo de parto Alternativo da

Unicamp que preparou a cadeira de acrílico para o parto de cócoras (CARNEIRO, 2011).

O Movimento pela Humanização do Parto é um desdobramento do ideário “Parto sem Dor”, que iniciou na década de 1950 com obstetras que utilizavam técnicas comportamentais para controle da dor. Depois, a geração pós Parto sem Dor foi envolta pelo imaginário do período e outras questões foram incluídas, como a sexualidade e a participação do pai (genitor) no parto e valores individualistas/libertários.

Os pontos cruciais da geração pós-PSD fazem coro ao ethos individualista libertário que marcou os anos 70: erotização das relações sexuais, ruptura com as instituições tradicionais – família, escola, medicina, Igreja – crítica à medicalização da saúde, entronização da natureza, valorização da liberdade e do espírito de *communitas* de organização. Todos estes valores estão presentes nos textos, nas propostas e no discurso dos nativos do movimento. A ligação do parto humanizado com o parto natural e com o de cócoras no Brasil dos anos 70 é direta, apenas a geração mais recente que postula a humanização o faz, como forma de legitimar-se a partir das recomendações da OMS, fruto da negociação de significados entre vertente alternativa e vertente biomédica (TORNQUIST, 2004, p. 119).

O ideal do “casal igualitário” ou “casal grávido” que seria um projeto familiar em que os papéis de gênero seriam “embaralhados” e as tarefas familiares compartilhadas ocupou importante espaço no movimento. O debate sobre a natureza ou o “natural”, sobretudo como contraponto à tecnologia invasiva e à medicalização do parto também. Obstetras como os franceses Frédérick Leboyer e Michel Odent desenvolveram experiências que no Brasil foram incorporadas por uma classe média intelectualizada e algumas obras mais vinculadas ao ecologismo e ao feminismo aplicados ao parto, como as da antropóloga britânica Sheila Kitzinger circulavam no país, desde a década de 1970 (TORNQUIST, 2004; CARNEIRO, 2011). Contudo, no mesmo período experiências nacionais já aconteciam como o parto de cócoras, inspirado no parto de mulheres indígenas (PACIORNIK, 1997).

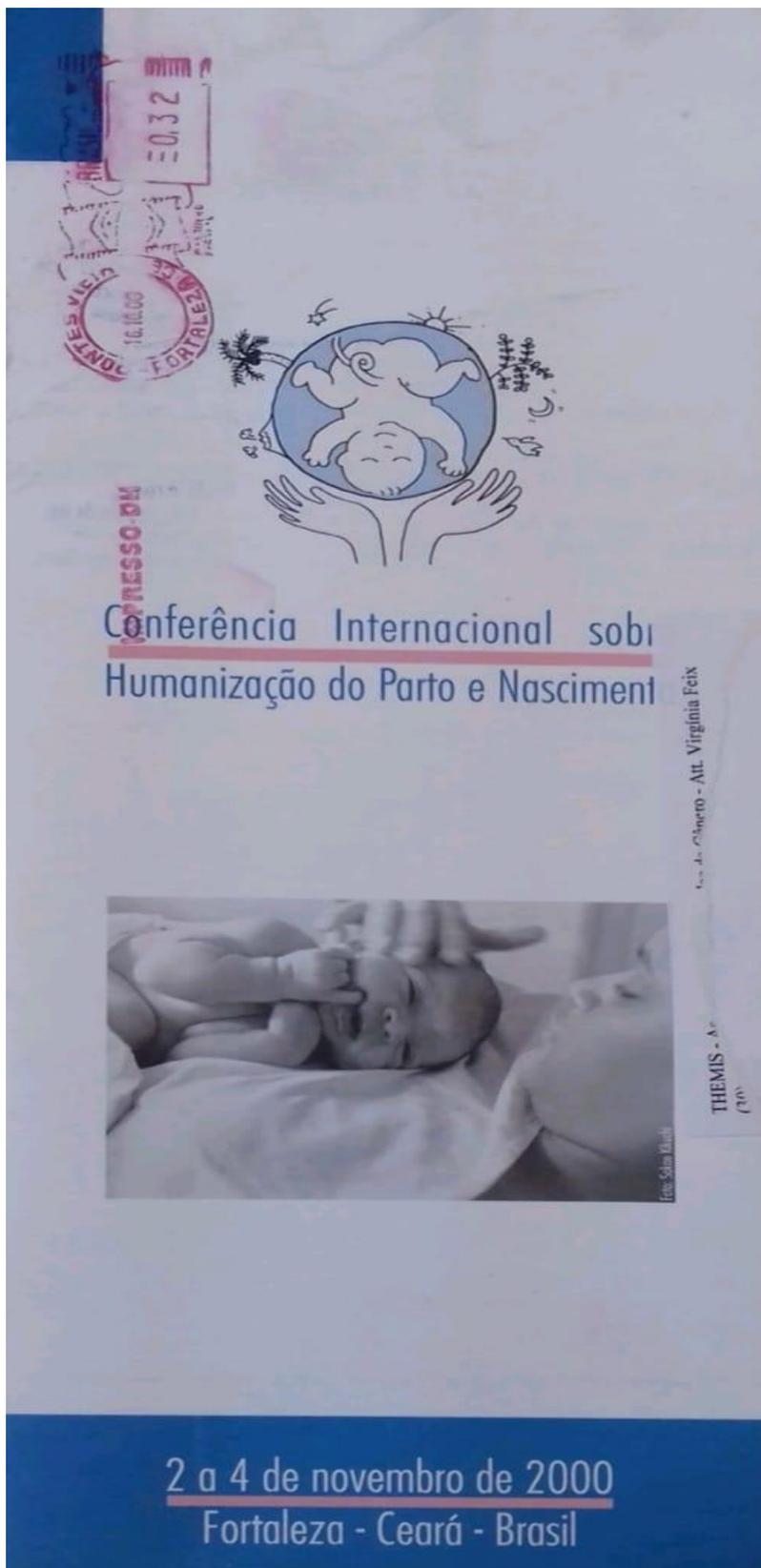
Tornquist (2002) explicou que o movimento propunha mudanças no modelo de atenção ao parto tendo por base a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborada em 1985, que inclui:

[...] incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de

parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas (TORNQUIST, 2002, p. 483-484).

O ano 2000 foi representativo de reconhecimento nacional e internacional para o movimento de humanização do parto. Foi criada a Rede Latino-Americana e Caribenha para a Humanização do Parto e do Nascimento (RELACAHUPAN), durante a Conferência Internacional sobre Nascimento e Parto em Fortaleza – CE.

Figura 4: Capa do folder da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, 2000.



Fonte: Acervo Carmen da Silva (NIEM/UFRGS).

De acordo com o material de divulgação do evento o objetivo da Conferência era promover uma assistência visando um “nascimento saudável”. Mencionou um grupo amplo de participantes/convidados para além dos profissionais da saúde, incluindo grupos de mulheres. Dentre os temas que seriam trabalhados constavam: “Como promover a participação ativa das mulheres em todos os aspectos da assistência, inclusive no processo decisório?” e, “Como promover a assistência humanizada ao parto e nascimento como um direito reprodutivo?”. Foi listada a Comissão organizadora e a Comissão Científica do evento e apresentaram os depoimentos do Ministro da Saúde José Serra e do Governador do Ceará Tasso Jereissati, ambos em exercício no período, saudando os/as participantes. Sendo possível notar a aliança entre movimento de mulheres, movimento de humanização e governo.

Figura 5: Parte interna do folder da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, 2000.

Introdução

Durante o século 20, avanços científicos e tecnológicos afetaram todos os aspectos da nossa vida, inclusive a maneira como nascemos. Em muitas partes do mundo, mudanças rápidas e arbitrarias na assistência ao parto e nascimento resultaram frequentemente no uso excessivo da tecnologia perinatal, na perda de modelos de assistência baseados nas comunidades e na superlotação de grandes hospitais.

Desde o início da década de 80, vem nascendo no Brasil um certo número de iniciativas na tentativa de recuperar valores humanos na assistência - um movimento que é chamado de "Humanização do Parto e Nascimento". Nos últimos anos, a crescente demanda de mulheres, famílias e profissionais de saúde levou o governo do Brasil a tomar uma série de medidas, no intuito de garantir essa assistência humanizada.

A Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento será realizada em Fortaleza, Ceará, onde o Projeto Luz, que é uma dessas iniciativas, vem sendo implementado. Nossa propósito é reunir a comunidade internacional para aprofundar a compreensão da situação global da saúde materna e perinatal, fortalecendo o modelo humanizado no novo milênio.

Objetivo

Promover assistência humanizada à maternidade visando um nascimento saudável

Participantes

A Conferência se destina a todos os interessados em assistência ao parto e nascimento, incluindo midwives, obstetizes, parteiras, enfermeiras, obstetras, pediatras, organizações de consumidores, organizações de mulheres, epidemiologistas, cientistas sociais, administradores de saúde, formuladores de políticas, profissionais da mídia, gestantes e suas famílias.

Temas

- Como expandir o conceito de Maternidade Segura para incluir a assistência humanizada ao parto e nascimento?
- Como promover uma assistência à saúde materna que seja fortalecedora e traga satisfação tanto para as mulheres como para os provedores da assistência?
- Como promover a participação ativa das mulheres em todos os aspectos da assistência, inclusive no processo decisório?
- Como promover uma assistência ao parto e nascimento em que profissionais médicos e não médicos trabalhem conjuntamente em harmonia?
- Como promover uma assistência ao parto e nascimento, incluindo a utilização de tecnologias, que seja baseada em evidências científicas?
- Como organizar um sistema de saúde de forma a promover a assistência humanizada ao parto e nascimento desde o nível primário até o nível terciário?
- Como definir os papéis de profissionais obstetras e outros profissionais na assistência ao parto e nascimento?
- Como a percepção de risco influencia a assistência ao parto e nascimento?
- Como promover a assistência humanizada ao parto e nascimento como um direito reprodutivo?

Comissão Organizadora

Chizuru Misago	Islene Araújo de Carvalho
Daisuke Onuki	Marcos Augusto Dias
Daphne Ratner	Maria Antonieta Tyrrell
Dilene Malafra Idefonso	Marsden Wagner
Francisco Edson Lucena Feitosa	Sonia Nussenzeig Hotimsky
Francisco Halanda Jr.	

Comissão Científica

Anibal Faudes	Presidente
Lesley Page	Vice-Presidente

Mensagem do Ministro da Saúde

A humanização do atendimento junto aos serviços do Sistema Único de Saúde é uma das metas prioritárias do Ministério da Saúde, a começar pelos serviços relacionados com a maternidade.

A Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento será uma grande oportunidade para analisar e debater as medidas necessárias para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.

José Serra
Ministro da Saúde

Mensagem do Governador

Saudando cordialmente os participantes da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, manifesto meu apoio à realização desse grande evento científico, que considero seja de maior importância para o estado do Ceará.

No período de 2 a 4 de novembro de 2000 a Conferência reunirá em Fortaleza a comunidade científica nacional e internacional, profissionais de saúde, administradores de serviços de saúde, organizações de mulheres e todos os demais segmentos interessados em promover o nascimento saudável, num amplo debate sobre os diferentes aspectos históricos, culturais e científicos relativos à promoção de uma assistência humanizada ao parto e ao nascimento.

Realizada por um grupo de profissionais pioneiros na área de humanização do parto e nascimento, contando com o apoio de destacadas organizações do Brasil e do exterior, inclusive da JICA - Agência de Cooperação Internacional do Japão, a Conferência certamente alcançará seus elevados objetivos, contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento e humanização dos sistemas de assistência à maternidade do III milênio.

Tasso Ribeiro Jereissati
Governador do Estado do Ceará

Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, tornando institucionais algumas das demandas do movimento. A Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000 instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando que o “atendimento digno e de qualidade” de gestantes e recém-nascidos são “direitos inalienáveis da cidadania” (BRASIL, 2000, s/p.).

O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000, s/p.).

Estabeleceu como princípios e diretrizes o direito ao atendimento digno, ao acompanhamento pré-natal, de saber em qual maternidade será atendida, bem como, ter seu lugar assegurado, ser atendida no parto e puerpério de forma humanizada e segura, assim como o recém-nascido e que “as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados” (BRASIL, 2000, s/p.).

Riffel (2005, p. 14) observou que os programas governamentais que se referem à humanização do parto conferem outra sistematização na forma de gerir as populações. “Ao ser ‘humanizada’, a assistência pretende abarcar mulheres, famílias, profissionais e gestores num envolvimento tal que torne mais racional o manejo das práticas de parto, tornando-as procedimentos econômicos”. A partir da gestante, pretendem produzir um “modo pedagógico” com práticas que imponham o que os programas instruem para a gestante e além dela, para sua família.

Ao considerar a gestante como pessoa que precisa pensar sobre a forma de parir e ao envolver gestores e profissionais, o programa define como central, a necessidade de criar conhecimentos que sejam utilizados para controlar, distribuir e gerir uma população numa determinada direção, fazendo com que determinadas práticas sejam consideradas mais ou menos lesivas, mais ou menos econômicas, mais ou menos arriscadas, mais ou menos afetuosas. Uma forma de regular a população para que possa ‘fazer viver e deixar morrer’ de uma maneira que se pretende mais autônoma e independente do que outras (RIFFEL, 2005, p. 17).

A política de humanização do parto também utilizou o discurso da segurança para “homogeneizar práticas de parto e nascimento, de disseminá-las, colocando

todas sob o título de humanizadas” (RIFFEL, 2005, p. 74). A humanização do parto produzida pelo Ministério da Saúde, ou a versão que foi acolhida e distribuída pelo MS, foi uma nova forma de subjetivação, de estilo para ordenar a vida. Descreveu uma multiplicidade de práticas e as legitimou com o poder do discurso científico, das evidências científicas e fez a gestão populacional, diante da necessidade de que os partos fossem administrados para haver menos gasto de energia, custo inferior e menor risco. Nesse sentido, o governo pode aproveitar o discurso da humanização para regular biopoliticamente o povo. Portanto, através do discurso de “humanizar os hospitais”, redirecionou a prática para este local, propondo que aquelas instituições que reorganizassem suas práticas (com maior controle e acompanhamento dos indivíduos e reduzindo custos), seriam bonificadas, tendo em vista o cumprimento de “melhor vigiar”.

O jornal *Mulher e Saúde* indicou os grupos de gestantes como uma das melhores formas de captar as mulheres para o acompanhamento pré-natal:

O grupo é uma das melhores formas de se fazer o pré-natal, pois nele as mulheres se expressam de maneira individual e coletiva. Ali trocam suas experiências de vida e isso as fortalece. No grupo, as grávidas tiram suas dúvidas, fazem exames, aprendem a fazer exercícios físicos e respiratórios favoráveis a sua saúde e ao parto, aprendem a cuidar da alimentação e a enfrentar os pequenos incômodos da gravidez. Recebem também apoio emocional para lidar com esse período tão cheio de mudanças e com os conflitos que surgem em casa e no trabalho (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 10).

Porém, *Mulher e Saúde* (2000, p. 10-11) alertou a diferença entre o grupo pré-natal e palestras, onde as mulheres são passivas: “as mulheres ficam só ouvindo, os profissionais de saúde falam para muitas ao mesmo tempo, usando uma linguagem técnica que a maioria não entende e dando conselhos que estão fora de suas realidades”. O atendimento em grupo, quando se propõe como “assembleia”, na compreensão butleriana, é caracterizado por outra postura das mulheres, mais próxima ao que relatou o jornal a seguir:

[...] é aquele em que as mulheres podem falar e conversar abertamente sobre suas dúvidas. Conhecer bem o corpo, saber como ele funciona, e discutir os tabus ajuda cada mulher a ter mais controle sobre seu corpo e sobre os procedimentos médicos que nunca devem ser impostos. A mulher bem informada e mais confiante dialoga com o médico e a médica, não vive a situação em que só existe um poder, único e imposto, do médico ou da médica (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 11).

As mulheres informadas se sentem confiantes e administram a relação hierárquica com o/a médico/a de outra forma, pois conhecem mais sobre os procedimentos e sobre o funcionamento do próprio corpo. O impresso também se preocupou em sugerir o formato dos grupos.

O grupo de pré-natal do posto deve se encontrar no mesmo dia das consultas. Se a grávida fizer sete consultas, ela também participa de sete encontros do grupo. Uma boa organização para o grupo é a que reúne no máximo quinze mulheres e faz duas horas de encontro, logo antes da consulta. O ambiente fica acolhedor e tranquilo, porque a enfermeira que está com o grupo depois ajuda na consulta. Também é muito bom quando a própria médica vem dar orientações para todo o grupo (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 11).

Portanto, o governo ao investir no pré-natal, o utilizou como prática de captação para programas de educação e promoção em saúde. “Ao incluir todas as gestantes no programa de humanização do parto, o governo pretende em determinado prazo, uma forma de controle de toda a população, instrumentalizando e destacando a mulher para essa política” (RIFFEL, 2005, p. 151).

O cuidado pós-parto e puerpério dividiu ainda mais o período gestacional para esquadrihar a população e seus eventos, podendo classificá-los e administrá-los melhor. Ao incluir e normatizar a humanização do parto, o governo tentou estabelecer a “verdade” sobre a humanização e só fez isso ao perceber o potencial desse movimento. O potencial de controle dos indivíduos desde o nascimento, a maximização da vida e do trabalho dos profissionais da saúde, bem como o controle de gastos, utilizando mais a força humana no trabalho de parto do que a intervenção tecnológica e o engajamento e confissão das mulheres e suas práticas, quando se entendem protagonistas e autoras de seus partos. Contudo, também promoveu espaços de autonomia para as mulheres que, paradoxalmente, podiam se informar, compartilhar vivências e assumir outras posturas frente aos serviços de saúde.

Sob o título “Mais controle sobre sua vida e menos consumo” o impresso *Mulher e Saúde* criticou a importância que se dava ao “consumo de tecnologias médicas”.

Parece que se a pessoa fizer muitos exames caros e passar por uma cesárea, ela estará sendo bem atendida. Fotos e vídeos de exame de ultrassom viram objetos de consumo. Um atendimento de respeito à cidadania é aquele que oferece os recursos realmente necessários e que ajuda a mulher a ter o máximo de controle sobre sua saúde e sobre os procedimentos médicos que são sugeridos ou indicados (MULHER E SAÚDE, 2000, p. 10).

Barros (2015, p. 177) citou que no movimento pelo parto humanizado existiam “nichos de consumo” relacionados a um novo modo de parir, que variavam de itens mais simples, como óleos essenciais, a produtos mais elaborados, como banquetas para o parto de cócoras. O consumo logo se associou à lógica da escolha e novos serviços e modos de vender foram sendo criados nesse mercado: o “das mulheres que desejam o parto humanizado”. Fotógrafos de parto, doulas, quartos de pré-parto, parto e pós-parto e um acompanhamento médico para além do período determinado pelo plano de saúde foram sendo anexadas as possibilidades de compra. Para Barros, trata-se de uma “mercantilização da saúde” onde “uma assistência digna se torna produto de consumo”.

Para quem quer evitar sentir qualquer coisa, podemos dispor do parto cirúrgico eletivo; para quem quer ter um parto normal com intervenções, oferta-se um parto hospitalar, para quem quer um parto com todas as experiências advindas do inesperado, oferta-se uma equipe humanizada; para quem quer um parto domiciliar, há as equipes de parto domiciliar planejado. Tudo pode ser comprado. Na assistência ao parto, travestida de poder de escolha-consumo, o capital descobre um novo nicho a ser explorado. Nas práticas de mercantilização da saúde uma assistência digna se torna produto de consumo, que se compra: instrumentos formatados para as suas necessidades e “tanta atenção quanto se possa pagar” (BARROS, 2015, p. 177).

O *Impresso Ventre* (1998), além de abordar as atividades da Casa do Parto Lua Nova, publicou muitas propagandas de serviços relacionados à homeopatia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, massoterapia, astrologia, enxovais para bebês e diversas terapias, os quais eram possivelmente patrocinadores. Essa publicidade evidenciou o “comércio” da humanização do parto.

O jornal *Fêmea*, no período pesquisado, lançou apenas uma matéria dedicando o espaço do título ao termo “parto humanizado”, ou seja, não foi um tema de representatividade no referido impresso, apesar de ter acompanhado toda a tramitação da CPI da mortalidade materna. Em 2002, a matéria “Parto humanizado: mães e filhos saudáveis”, de modo dissonante ao título, reiterou a associação entre parto e mortalidade materna. Contudo, diferentemente de outras edições, defendeu o nascer como um momento potencial:

Inúmeros trabalhos vêm demonstrando a correlação do processo de gestação, parto e nascimento com o desenvolvimento do potencial humano para um comportamento mais agressivo ou mais amoroso. A fim de resgatar as vantagens e garantias de um parto saudável, profissionais da saúde

estão empenhados em disseminar uma nova alternativa: o parto humanizado (FÊMEA, 2002, p. 8).

O “parto humanizado” apareceu como alternativa, como garantia de um parto saudável e de um desenvolvimento amoroso, apontando o momento do parto como o definidor de um comportamento ao longo da vida.

Além de priorizar o método natural de nascimento, o atendimento humanizado busca acolher com carinho os que nascem, colaborando para a construção de uma sociedade amorosa e ética, já que os primeiros momentos do bebê definem traços de sua personalidade. O parto humanizado também promove relações de confiança mútua, de cooperação, que incluem a todos com suas singularidades e diferenças. Este é, portanto, um momento primordial para desenvolver a nossa capacidade de amar (FÊMEA, 2002, p. 8).

Para além do nascimento individual, o parto humanizado foi colocado como facilitador ou estratégia para a construção coletiva de uma sociedade ética. Também cabe observar que nesse jornal quem protagonizava o momento era o bebê.

No mesmo artigo, há o subtítulo “O parto não precisa ser solitário”, evidenciando a necessidade de suporte à parturiente.

Este período de transição na vida da mulher deve ser considerado um evento tanto fisiológico quanto social. O apoio das pessoas mais próximas é fundamental para uma vivência tranquila e saudável da maternidade. A presença do companheiro ou de outra pessoa, no momento do parto, é um fenômeno recente nos países industrializados (FÊMEA, 2002, p. 8).

Antes do parto hospitalar, as mulheres eram acompanhadas no momento de parir por familiares e/ou pessoas da sua confiança. De acordo com o Dossiê da Rede Feminista sobre a Humanização do parto (2002), evidências científicas apontaram que a presença de um acompanhante como suporte emocional contribui com a satisfação da parturiente e diminui as intervenções e o tempo de hospitalização.

Essas evidências levaram a Organização Mundial de Saúde a recomendar a presença de acompanhante no parto na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto, em 1985, e também inspiraram a Rede pela Humanização do Nascimento (ReHuNa) a iniciar uma campanha pelo direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha. Lançada em São Paulo, em maio de 2000, essa campanha conta com o apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo. Inicialmente, o objetivo dessas entidades era dar visibilidade à lei em vigor no Estado de São Paulo, que já assegura esse direito para as parturientes paulistas, e trabalhar em

prol de sua implementação. Trata-se da Lei no. 10.241, de 1999, que é de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia (PT-SP) e refere-se aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde em São Paulo. A campanha vem se ampliando em âmbito nacional e membros da ReHuNa, juntamente com seus aliados, passaram a apresentar projetos de lei em seus Estados, de tal modo que atualmente também em Santa Catarina a parturiente tem direito a acompanhante de sua escolha (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 21).

De modo precursor, o jornal *Fêmea* se dedicou ao tema do acompanhante e a construção de uma rede de apoio à parturiente, pois somente em 07 de abril de 2005, a Lei nº 11.108 alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (que dispõe sobre os objetivos do SUS), para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante. A partir de 2005 há a garantia, portanto, de que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde¹⁰⁰ sejam “obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, sendo que o/a acompanhante é indicado/a pela parturiente (BRASIL, 2005, s/p.). *Fêmea*, contudo, observou que a abertura dos hospitais para a figura do acompanhante já estava acontecendo gradativamente.

Geralmente, o sentimento que as mulheres desenvolvem com profissionais de saúde não pode ser comparado com o já construído anteriormente com a pessoa escolhida para acompanhá-la. Elas confiam no/a acompanhante para desempenhar tarefas de apoio emocional e para o aumento do conforto físico. O reconhecimento de que a mulher necessita de apoio fez com que, gradativamente, os hospitais abrissem as portas para maridos, companheiros, mães, cunhadas etc. Em um período de 20 anos, a presença do/a acompanhante durante o parto passou de uma colaboração permitida para bastante necessária (FÊMEA, 2002, p. 8).

O jornal também ressaltou uma experiência local, a da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que desde a sua inauguração em 1995 permitia a presença de um/a acompanhante, satisfazendo parturientes, suas famílias e a equipe de saúde. Contudo, inicialmente, os obstetras eram contrários a essa abertura, segundo a redação:

Alegavam que o/a acompanhante iria atrapalhar a rotina ou aumentaria o índice de infecção. Além disso, poderia ter condutas inadequadas, dada sua não-familiaridade com as rotinas médicas. Hoje, passados mais de seis anos, existe um consenso institucional entre a equipe: o/a acompanhante

¹⁰⁰ A lei que dispõe sobre o SUS aborda a autonomia em seu Capítulo II apontando a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade de assistência, compreendendo serviços preventivos e curativos, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade, a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios, o direito à informação sobre sua saúde, a participação da comunidade, entre outros princípios (BRASIL, 1990).

nunca prejudicou o trabalho de parto. O contrário pode ser observado. Independente da classe social ou nível de escolaridade, a verdade é que esta “nova figura” nas salas de parto veio colaborar, melhorando, inclusive, a avaliação que as mulheres fizeram do parto (FÊMEA, 2002, p. 8).

O impresso dedicou espaço às parturientes que fizeram avaliações do próprio parto, considerando o seu relato:

Adorei o acompanhamento do meu esposo na sala de parto. Assim ele soube do meu sofrimento, aprendeu a ficar mais sensível e amoroso. (parturiente atendida no HU-UFSC). Acho que a presença de uma acompanhante facilita a passagem do tempo, alivia a ansiedade e abrevia o período do parto. (parturiente atendida no HU-UFSC) (FÊMEA, 2002, p. 8).

Ademais, os motivos de escolha do hospital pelas parturientes estava associado a possibilidade de ter um acompanhante.

Num estudo recente, buscamos analisar as motivações que faziam as mulheres da região escolherem o HU. Observou-se que, ao lado do critério “bom atendimento”, figura a possibilidade de ser acompanhada por alguém de sua confiança. O estudo também revelou que há diferenças quanto ao acompanhante que não é, necessariamente, o pai biológico. Mães e cunhadas também estão entre as pessoas mais escolhidas pelas gestantes para o acompanhamento. Boa parte das mulheres preferem a companhia de parentes mulheres que, além de compartilharem da mesma identidade de gênero, geralmente já passaram pela experiência do parto. As pacientes veem nelas pessoas com melhores condições de prestar apoio e aconselhamento já que, quase sempre, os companheiros estão distanciados deste universo feminino (FÊMEA, 2002, p. 8).

As diretrizes do programa de humanização trouxeram o reconhecimento de que melhorar as condições ao parir é uma questão de cidadania e o principal, assumiram a responsabilidade do Estado em promovê-las. Para isso, a base da diretriz foi a biopolítica, considerando a necessidade de “regular” a assistência obstétrica e neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, “como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido”. Além disso, o imperativo de desenvolver a “capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico”. Ainda, a preocupação com o cadastramento das gestantes e o acompanhamento das consultas de pré-natal e puerpério e avaliações da efetividade da assistência oferecida foram pontuadas (BRASIL, 2000, s/p).

Ao identificar palavras preponderantes¹⁰¹ no texto desta portaria, constaram “regulação” e “regulando” com 18 aparições, enquanto “acolhedoras”, por exemplo, apareceu uma vez, sem variantes, no seguinte contexto: “A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas”. As palavras autonomia e empoderamento não foram incluídas. Já “humanizada” e “humanização” constaram 12 vezes, enquanto “segura” (sem variantes) três vezes. Também se notou que o verbo que antecede “parto normal” é “assistir” e por sua vez, o que indica a ação ao “parto cirúrgico” é “realizar”. O documento se propõe universal e não faz nenhuma menção a marcadores sociais de raça, classe, sexualidade ou territorialidade. Por ser uma “portaria” é um documento normativo, que obedece a uma linguagem, contudo, também evidenciou sua funcionalidade, marcada pela regulação dos processos de gestação e parturitivo. Ainda cabe inferir que há um caminho ou uma distância entre a formulação da diretriz e sua implementação, bem como, a forma e o contexto em que foi/é/será interpretada (já que está em vigência) em todo o cenário nacional (BRASIL, 2000, s/p).

De acordo com Diniz (2005, p. 632) os diversos significados que o termo “humanização” pode assumir explicitam reivindicações de legitimidade do discurso. Para legitimar a Medicina ou as evidências científicas, reivindicar direitos das mulheres ou de políticas públicas ou ainda, indicar legitimidade profissional. Contudo, em síntese há uma “redefinição das relações humanas”, com a compreensão do parto como uma experiência social e uma mudança de postura do/da profissional diante do sofrimento/condição da parturiente.

As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento (DINIZ, 2005, p. 635).

A humanização do parto tem várias correntes de pensamento e militância, dentre elas os que acreditam na possibilidade de um “instinto materno” (BADINTER, 1985). Na crença de que toda mulher estaria apta a parir naturalmente, porque esta seria uma condição inata, portando desejada/consentida, por todas elas e que ao

¹⁰¹ Levantamento feito pela autora.

gestar a futura mãe seria inundada por um amor incondicional ao feto. Tal concepção deixa de lado que o parto além de biológico – no qual a possibilidade de patologias não está excluída, é também um processo psíquico e cultural e a sua individualidade precisa ser respeitada.

Tornquist (2002) alertou para os perigos do discurso da humanização do parto, sobretudo quando ele é utilizado para reforçar papéis à mulher e ideários como o do instinto materno.

As mulheres sem dúvida foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política fundamental. Mas cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto. Embora essa ‘mulher moderna’ seja vista agora como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade – ela novamente se vê diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é o melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz. Apesar dessas armadilhas, as reivindicações em torno dos direitos reprodutivos e sexuais para aquelas mulheres que escolheram ser mães apontam para mudanças substanciais na vida das mulheres que não podem ser desconsideradas, sobretudo em um contexto no qual o tratamento desigual, a desinformação, os maus tratos e as formas sutis de tortura e mutilação sexual involuntária são comuns, como é o caso brasileiro (TORNQUIST, 2002, p. 490-491).

Portanto, o movimento de humanização do parto pode ser significado tanto como um movimento social, que envolve diversos agentes como parturientes, feministas, enfermeiras, parteiras, naturalistas, e categoria médica, como um movimento institucional da classe médica (mesmo entre dissidências) e de órgãos governamentais. Ou, ainda, como uma rede de serviços de atenção particular ao parto, englobando várias categorias profissionais. Os sentidos desse movimento se dão em discursos diferentes, os quais o/a analista que se dedicar a estudá-los deve desconstruir para compreender seus sujeitos e micro movimentos. Nesta tese, se deu atenção às posições apresentadas pela imprensa feminista. As parteiras e casas de parto apesar de estarem organizadas na tese em outro item, fazem parte do movimento de humanização, assim, como entendemos que há diálogos entre o PNAISM e as instâncias governamentais do projeto de humanização do parto e nascimento.

A cartilha “Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher” foi produzida pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos com a

colaboração da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde no ano 2000, evidenciando que esse diálogo entre movimento de humanização, movimento feminista e governo incluía projetos para a elaboração de materiais informativos e a unificação de um discurso sobre um tipo/uma prática de parto ideal. A Rede Saúde se apresentou neste material como uma organização de luta pelos direitos das mulheres na área da saúde e apontou como objetivo da publicação informar a respeito das leis, do funcionamento dos serviços e dos profissionais. O projeto desse informe teve Coordenação geral de Maria José de Oliveira Araújo e autoria de profissionais e pesquisadoras do tema, que foram assim descritas na Cartilha: Ana Paula Portella (Psicóloga, pesquisadora e educadora do SOS Corpo – Gênero e Cidadania, Recife/PE); Dayse Reis (Socióloga, educadora e coordenadora do Cais do Parto – Centro Ativo de Integração do Ser, Recife/PE); Regina Aguiar (Médica ginecologista e obstetra, professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG) e Simone Grilo Diniz (Médica, mestra e doutoranda em Medicina Preventiva (FMUSP), fundadora e pesquisadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/SP).

Dividida em apresentação, direitos durante a gravidez, direito ao pré-natal, direitos no parto e outros direitos, na Cartilha, defenderam e justificaram sua produção, pois, apesar de a saúde ser um direito constitucional, é muitas vezes desrespeitado. “Sabemos que, se a população tiver informações a respeito das leis, do funcionamento dos serviços e sobre os atos dos profissionais de saúde, isso poderá ajudá-la a exigir o tratamento digno a que todo cidadão tem direito” (REDE SAÚDE, 2000, p. 3).

Na publicação o parto foi enquadrado como um evento de urgência e, por isso, o atendimento não poderia ser recusado, ou seja, a gestante não poderia ficar sem leito. Abordaram a importância do pré-natal, “as vantagens do parto normal, os riscos da cesariana para a mulher e a criança, os direitos contidos na lei para a realização da ligadura de trompas e a importância da participação do pai durante todo o período que envolve a gestação” (REDE SAÚDE, 2000, p. 3).

Também foram indicados os direitos durante a internação e no momento do trabalho de parto:

De ser escutada em suas queixas e reclamações e ter as suas dúvidas esclarecidas; De expressar os seus sentimentos e suas reações livremente. Não se envergonhe nem se intimide se você tiver vontade de chorar, gritar ou rir. Essas são reações normais, que podem ocorrer durante o trabalho de

parto com todas as mulheres. Nenhum profissional de saúde pode recriminar você por isso; As roupas utilizadas durante o trabalho de parto devem ser confortáveis e estar de acordo com o seu tamanho. Devem ser de tecidos e modelos que não exponham o seu corpo, causando-lhe constrangimento; Caso você queira contar com a presença de acompanhante no momento do parto, como o pai da criança, parente ou pessoa amiga, solicite isto ao serviço que está atendendo você. De preferência, acerte isso antes do parto (REDE SAÚDE, 2000, p. 6-7).

Além disso, com sugestões para aliviar a dor, o informe indicou que no pré-natal a equipe de saúde deveria dar as orientações para diminuir o sofrimento das mulheres e que esse era o momento para tirar as dúvidas e, por fim, o que deveria ser feito caso não fosse bem atendida: “Você pode procurar a gerência do serviço de saúde que atendeu você e informar sobre a sua insatisfação. Você tem o direito de ser atendida com respeito e dignidade. Todo cidadão deve contribuir para a melhoria do atendimento à saúde em nosso país” (REDE SAÚDE, 2000, p. 9).

O Dossiê Humanização do Parto da Rede Nacional Feminista de Saúde foi escrito por Simone Diniz, em 2002. Começou afirmando que não pretendiam propor uma forma correta de humanização, mas uma proposta de mudança que considerasse os direitos das mulheres para a vivência de uma maternidade segura e prazerosa. Defendeu que “a questão não é simplesmente numérica – diminuir o número de partos cesáreos”, mas buscar uma atenção humanizada vai “além de apenas buscar o parto normal a qualquer custo”, mas significa “resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento; uma assistência que respeite a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 11).

Para a RFS a unificação das lutas feminista e pela humanização da assistência em saúde se resumiu em promover o papel ativo da mulher, a maternidade segura e o direito de decidir de modo informado.

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

A humanização deveria considerar as noções de atendimento baseado na evidência da segurança e efetividade e a promoção dos direitos das mulheres.

“Entre estes direitos estão o direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde. Trata-se de uma mudança importante na relação médico paciente, já que recomenda uma decisão compartilhada entre os envolvidos” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 13).

O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista é o de uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui: o direito à escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 14).

O tópico “algumas iniciativas” citou o atendimento ao parto pela enfermeira obstetrix quando não houver complicações e o pagamento de anestesia de parto aos serviços do SUS; referiu-se ao Prêmio Galba de Araújo instituído em 1999 pelo Ministério da Saúde divulgando experiências como a Maternidade Leila Diniz e o Hospital Sofia Feldman, e, ainda, mencionou que o MS definiu um teto percentual decrescente para o pagamento de cesáreas. No item “A decisão é da mulher”, apontou que a maioria das mulheres declarou preferir o parto vaginal ao cirúrgico. Contudo, “os médicos decidem pela cesárea”, mesmo contrariando a vontade das mulheres e que isso acontecia principalmente no setor privado, em razão da “crença médica na superioridade da cesárea no que se refere à segurança e ao conforto materno e fetal e também a fatores ligados à conveniência dos profissionais” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 17).

Contudo, Diniz reconheceu que: “Muitas vezes, as mulheres mais carentes “preferem” a cesárea para escapar do tratamento rude que enfrentam nos hospitais públicos e também dos procedimentos dolorosos e da falta de sedação” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 17). No Brasil, portanto, como em vários países, as decisões das mulheres sobre os procedimentos no parto não são consideradas “legítimos exercícios de livre arbítrio”, para Diniz. Ainda, citou as informações incompletas e a manifestação das preferências das parturientes no momento do parto, enquanto estão “submetidas a dor e estresse intenso” e “especialmente nos países em desenvolvimento as diferenças sociais [...] comprometem o poder de decidir” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 17).

Para muitas mulheres, a “satisfação no parto não está condicionada à ausência de dor”. As mulheres informadas sabem da possibilidade de sentir dor no parto, contudo, “o que elas não querem é que a dor seja insuportável”. Diniz (2002, p. 19), apontou que essa satisfação está, geralmente, associada ao comportamento dos profissionais, quando este é “acolhedor” e a possibilidade de ter um acompanhante. Ainda, analisou pesquisas que demonstraram que “as mulheres que receberam mais informações também acharam o parto mais satisfatório, talvez porque sentissem ter um papel mais ativo durante o processo” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 21). Nesse sentido, defendeu “a importância da criação de espaços onde as mulheres possam se encontrar e trocar ideias sobre suas expectativas, receios e desejos relativos à gravidez e ao parto” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 21). E, citou *sites* sobre humanização, como o “Amigas do Parto”¹⁰², indicando que o movimento também crescia na *Internet*.

O termo humanização costumava ser utilizado apenas nos países de língua latina, mas estava se internacionalizando, observou Diniz, inclusive a partir de conferências internacionais como a de Fortaleza no ano 2000. Contudo, o que no Brasil chamavam de “assistência humanizada” em outros países recebia outras nomenclaturas, como: “baseada em evidências”, “orientada pelos direitos”, “centrada na mulher”, “parto ativo”, “parto feliz”, “parto respeitoso” ou “assistência amiga da mulher”, defendeu a médica (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 22).

O movimento feminista estava produzindo materiais educativos sobre o tema da humanização, para além da imprensa feminista, como esse dossiê. Nesse sentido, as feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto defenderam, em suas palavras, uma maternidade “voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada, em vez de uma experiência de sofrimento e vitimização”. (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 23). Ainda, é importante observar que o dossiê fez questão de explicar o que a Rede Feminista entendia por “maternidade socialmente amparada”: “como um trabalho social, não como responsabilidade individual da mulher. A maternidade é responsabilidade do casal, da família e da sociedade, que

¹⁰² No *site* as “Amigas do Parto” contaram sua trajetória. Em uma aura que mescla acolhimento e um protagonismo da parturiente pautado no instinto materno, compreendem que o parto marca o surgimento da família, a qual “tem no centro o papel essencial da mulher mãe”. Nesse *site*, atualmente, vendem cursos para profissionais da parturição e coordenam um grupo de apoio para gestantes. Disponível em: <https://www.asamigasdoparto.org/> Acesso em: 11 abr. 2023.

vai receber a criança, cidadã na plenitude dos seus direitos” (DOSSIÊ DA REDE, 2002, p. 23).

Portanto, a ênfase na responsabilidade pessoal deve ser criticada, pois esconde os mecanismos e estruturas que constroem as escolhas individuais. Pune os indivíduos que não conseguem fazer as escolhas tidas como “corretas”, sem considerar os obstáculos que se apresentam para eles e recompensa aqueles/as que estão bem posicionados/as socialmente, informados/as, em condições de fazer “boas escolhas” dando-lhes o título de “responsáveis”. Enquanto não houver uma cultura que promova a conscientização sobre a saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres, elas não estarão habilitadas para falar e muito menos, exigir nos serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DONAS DO PRÓPRIO PARTO?

Tantas tardes abrindo caixas, lendo e fotografando jornais, buscando histórias sobre partos, procurando pessoas e experiências que meu corpo não conhece. Algumas das personagens compartilharam um tempo, que também é o meu. Alguns rostos conhecidos através das mídias, mas a maioria das pessoas eram números, estimativas e uma parcela subnotificada. Encontrei histórias alegres e amorosas, relatos autônomos como os que eu ansiava ler, mas a maioria noticiava tristeza.

Escrevi sobre o luto em grande parte da tese, dada a proporção de notícias sobre a mortalidade materna no recorte temporal da pesquisa, vivendo no tempo presente uma pandemia mundial que causou luto a muitas famílias, inclusive a minha. Foi um processo de respirar e escrever. Além disso, tive de repensar como abordar a Medicina. Para tecer críticas ao discurso médico e a medicalização das vidas, precisei reconhecer diferenças e a importância das intervenções feitas por essa ciência. Respeitar o processo de uma pesquisa, como se tem de fazer em uma gestação foi, talvez, o maior aprendizado, para além de todas as perguntas e leituras. Fiz esse balanço do processo histórico e do contexto de elaboração da tese, que, geralmente, não aparece no papel e escrevo a conclusão em primeira e terceira pessoa (eu e nós), amparada pela epistemologia feminista e pelo direito e/ou dever de me posicionar enquanto pesquisadora e sujeito histórico.

Agora, vamos aos resultados da pesquisa. Sabemos, depois dos dados levantados, que no contexto do parto, tanto a imprensa tradicional quanto a feminista noticiaram diversos fatores, que afetaram e afetam a autonomia das mulheres, como: as intervenções médicas excessivas, a precariedade de acesso aos leitos, as restrições ao acompanhante de sua escolha, a falta de informações adequadas e as pressões sociais para seguir determinados padrões de parto. Além disso, a falta de políticas públicas e de serviços de saúde que garantam os direitos e necessidades das mulheres, configurando desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais, no rol da violação aos direitos humanos. Ainda, as pessoas têm contextos diferentes e as liberdades e regulações são diferencialmente aplicadas e sentidas, ou seja, não possuem as mesmas possibilidades ao exercício da autonomia, por isso, a necessidade de romper com o sujeito universal. O racismo, as desigualdades econômicas, a heteronormatividade, e a inação do Estado ferem a autonomia enquanto normativa social.

Esta tese se desenvolveu em torno dos seguintes problemas: Em que momento e como o feminismo brasileiro incluiu a pauta do direito de autonomia das parturientes ao próprio corpo em seus periódicos, entre 1979-2006? Quais os enquadramentos criados sobre o parto na imprensa feminista nesse período? O feminismo apresentou caminhos ou se colocou como o caminho para a construção da autonomia ao parir?

Cada época produz suas verdades e condições próprias para enunciação. O movimento de humanização do parto, inicialmente, minha principal hipótese como o “momento dos debates sobre autonomia”, apresentou pautas consideradas historicamente como feministas, de estímulo às mulheres para se apropriarem do próprio corpo e das suas vontades ao parir, de modo informado e consciente, mas simultaneamente, apelou à romantização da maternidade definindo-a como o principal papel na vida das mulheres. Ao mesmo tempo em que se mobilizou para denunciar as violências no parto e os óbitos maternos evitáveis, incorreu na defesa de uma ideologia, o instinto materno. Este mito naturalizou e possibilitou a assertiva “morreu de parto”, pois, desse modo, a função máxima na vida de uma mulher seria dar à luz. Nesse sentido, a partir do estudo apresentado, concluo que a noção de integralidade do corpo apresentada pelo PAISM, antecedeu e aproximou mais as mulheres de uma perspectiva autônoma do que o movimento de humanização.

Além disso, no contexto dos anos de 1980 os grupos de consciência e/ou reflexão contribuíram para que as mulheres obtivessem informações de qualidade sobre saúde, compartilhassem vivências e pudessem se fortalecer coletivamente e, nessa perspectiva, os grupos ou rodas de gestantes que surgiram, compreendidos conceitualmente como “assembleias”, representaram movimentos autônomos e promotores de autonomia ao parir. Ainda, o tradicional partejar desempenhado pelas parteiras, sobretudo de regiões paupérrimas do Norte e Nordeste do Brasil e noticiado nos jornais feministas da década de 1990, em um contexto de demanda de valorização profissional, mas reconhecendo o trabalho de “conscientização de classe e gênero” que desenvolviam e por representar a escolha de muitas mulheres, diante do acolhimento fornecido por essas trabalhadoras, deve ser referido no processo autônomo de parir.

Por fim, a autonomia pode ser observada nos debates feministas no reconhecimento da precariedade compartilhada, promovendo deslocamentos nos quadros de reconhecimento, como o luto que virou luta com a criação da associação

de familiares das vítimas da mortalidade materna, a formação de 400 radialistas para denunciar os óbitos maternos no Brasil profundo, a criação de casas de parto, a introdução do quesito cor nos prontuários médicos, a coragem das mulheres que relataram seus partos nos jornais com o intuito de apresentar possibilidades diferentes da norma e a atuação da imprensa feminista em si.

Cabe recuperar os temas enquadrados sobre o parto nas fontes e período referidos: mortalidade materna, cesariana, parto normal, parteiras, saúde da mulher e parto humanizado. O quadro em disputa, “em guerra” no dizer de Butler, apresentado pelos jornais da imprensa tradicional e da feminista foi o embate parto normal *versus* cesárea. Contudo, a discussão da autonomia ao parir não pode se dar somente no tipo de parto ou na ideia de escolha ou preferência. Pois, dentro da lógica da escolha o conhecimento científico é tomado como uma coleção de fatos verdadeiros e inquestionáveis que promovem segurança e certeza. A ciência, nesse sentido, seria neutra e esses “valores/verdades” estariam postos na sociedade de modo não normativo, cabendo à parturiente livremente fazer sua escolha. Contudo, essa neutralidade da ciência e essa liberdade às parturientes não são reais. A Medicina define o que é válido, dentro de normatividades que asseguram a circulação do seu discurso. Frequentemente, médicos se apresentam como porta-vozes do discurso científico das evidências, com pouca reflexão sobre o seu posicionamento e sobre os efeitos da política de narrativa que utilizam e práticas de cuidado que desempenham. Na mesma proporção, mulheres sofrem constrangimentos e limitações socioeconômicas que as afetam no momento de parir, inclusive, por não conseguirem relatar e expressar suas demandas diante da figura médica.

Também observamos que o debate excessivo centrado no binômio, parto normal *versus* cesárea, ofuscou, outros tipos de parto e experiências inovadoras que estavam acontecendo, mas não foram enquadradas pela mídia. A grande narrativa da imprensa feminista sobre o parto foi a denúncia dos óbitos maternos evitáveis e a construção do parto normal como um parto seguro e econômico, promovendo diálogos com o governo e nos últimos anos analisados, com o movimento de humanização. Postura também apresentada pela imprensa tradicional. Contudo, diferente desta, teve formas mais respeitadas de se referir as experiências vividas e abriu espaço as vítimas da morbi-mortalidade materna para relatarem por si, sua dor, bem como, alguns poucos partos satisfatórios.

Ademais, analisamos o cuidado dos editoriais feministas ao elencar dados, buscando um debate mais educativo que noticioso, apesar de que os partos trágicos foram a maioria dos noticiados. Trouxeram discursividades que escaparam da moldura. Tais como: médicos/as que questionaram práticas da categoria e algumas experiências que rompiam o quadro da medicalização, como médicas negras que coordenavam grupos feministas e escreviam na imprensa feminista criticando as formas de assistência e observando a importância da cor/raça nos formulários de saúde, como Fátima Oliveira e, essa mídia, publicou relatos de mulheres que se apropriaram e significaram suas vivências de parto, inclusive coletivamente.

É importante nomear os jornais feministas que se destacaram nos debates. Foram eles: *Mulherio* na discussão sobre o PAISM; *Fêmea* acompanhando a tramitação da CPI da Mortalidade Materna; *Dar à luz* e *GENTE* abordando as parteiras e a ONG Cais do parto; *Impresso Ventre* trazendo a perspectiva da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova; *Mulher e Saúde* tratando do pré-natal e dos grupos de gestantes; *Rehuna e Viva*, o impresso “oficial” do movimento de humanização do parto e a Rede Feminista de Saúde com sua revista que se chamava *Jornal da Rede Feminista de Saúde* e seu informativo, *Rede Fax*, e com a organização de dossiês e materiais com o Ministério da Saúde.

O discurso autônomo e, porque não dizer, a ação de autonomia, foi localizada nesta pesquisa, portanto, na ética da relacionalidade e na coligação entre os diferentes, mais do que em uma postura individual e mercadológica de “ser dona do próprio parto”. Nesse sentido, Butler e Biroli, principais teóricas estudadas, posicionaram-se no campo da autonomia coletiva e foram as lentes teóricas que me permitiram essa visão das fontes. A ética de reconhecer e responsabilizar-se pela precariedade do outro, que também é minha, é que possibilita que a minha sujeição seja reconhecida e que construamos juntos/as uma aliança para a subversão. Nesse sentido, a ética feminista ou o caminho que o feminismo apontou foi o comprometimento com a interdependência, ou seja, em reconhecer aqueles considerados humanos e aqueles não considerados. A precariedade quando reconhecida é condição de possibilidade para a vida, mas mais que isso, é potencial à autonomia, sobretudo, quando é possível enunciar sobre ela ou pronunciar contra quem nos ataca ou ignora.

Não se pode entender o poder como um agente externo, contra a vontade do sujeito. O quadro que sujeita também se desloca e permite uma agência negociada,

ainda que condicionada. Pela relação entre sujeição e subjetivação, não é possível pensar o corpo fora de uma economia discursiva. Os destinos desse corpo dependem dos atos de linguagem que delimitarão possibilidades de agência. Relatar a si mesmo é responder a uma interpelação, pois, a relação ética não se dá só no encontro, mas também na necessidade do outro para dar inteligibilidade à história, para ser ouvido e reconhecido pelo outro e pela forma que se faz o relato, crítico ou não. Portanto, a autonomia não é alcançada por um corpo sozinho, mas na formação de assembleias há a capacidade de agir e de se transformar em conjunto, a partir de uma perspectiva crítica e reflexiva em relação às normas.

Entretanto, como cada mulher avalia/relata seu parto é um processo importante, mesmo que esteja imersa em relações sociais e em diferentes processos de subjetivação, por exemplo: os inúmeros momentos de agenciamentos ocorridos durante a assistência (ou negados/impedidos), as informações e tecnologias recebidas (ou omitidas), o seu contexto histórico e social, bem como, sua relação com a equipe que lhe atende. Em síntese, o relato crítico de si é uma prática de subversão, pois abre espaço para novas formas de subjetividade e relações éticas. Essas práticas são performativas, ou seja, podem criar novas realidades através da repetição de gestos e discursos. No momento que realizo o relato me desnudo, exponho minha precariedade e me aproximo do outro.

Afinal, o sujeito não é totalmente livre para desprezar a norma, pois sua capacidade de ação funciona em um quadro facilitador ou limitante de possibilidades. Vânia Araújo e muitas mulheres brancas, instruídas e que não estavam em desvantagem socioeconômica foram vítimas da mortalidade no parto. Contudo, as normas são pontos de referência, inclusive para sua contestação. Por isso, a necessidade de reconhecer a precariedade que afeta todas nós.

Devemos lembrar que a morte de Alyne Pimentel não gerou moções de luto, no período em que faleceu, mas sua família com o apoio de dois grupos feministas que a assessoraram no processo, conseguiu o reconhecimento e a responsabilização do Estado e o suporte financeiro para a criação de sua filha. Foi a primeira morte materna reconhecida internacionalmente como violação aos direitos humanos e foi de uma mulher negra periférica, que não estava no quadro biopolítico do reconhecimento.

Por isso, foi necessário enquadrar o enquadramento. Entender a comoção pública que aceitou determinadas mortes no parto como um número. Com a análise

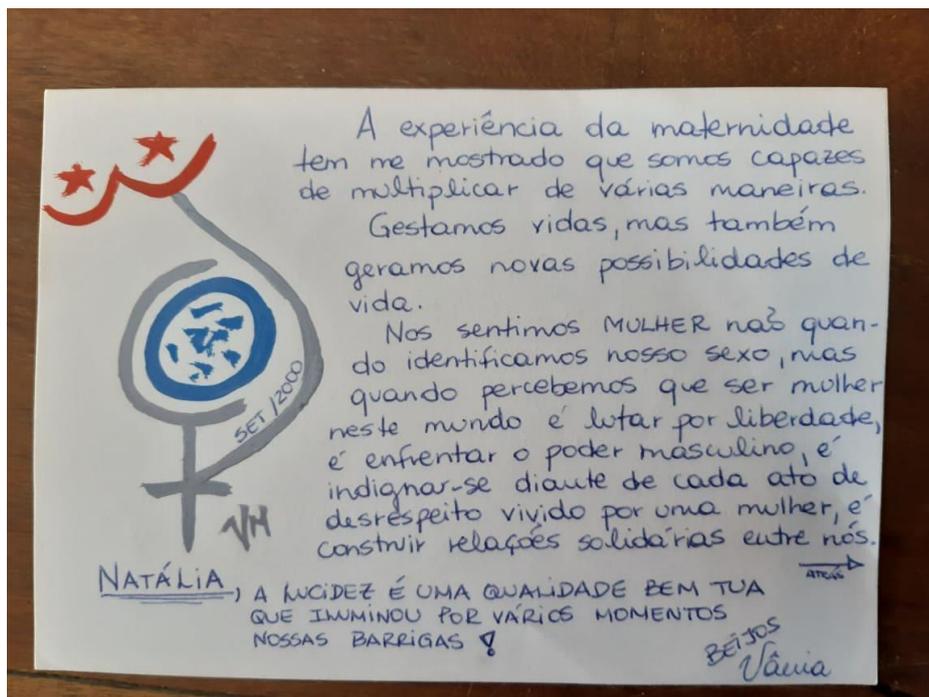
do feminismo interseccional foi possível compreender como o racismo opera, inviabilizando a possibilidade de muitas mulheres negras viverem a maternidade, sem ser alvo de estatísticas. Ao questionar esses quadros, tentei deslocar as molduras, contribuir com a desnaturalização da morte de mulheres no parto; colorir pinturas, ao trazer a atuação de médicas negras e parteiras indígenas, para além da figura médica normativa e, apresentar movimentos e ações de resistência no cenário da parturição.

São nas fissuras do quadro que surgem os inesperados, os sujeitos considerados subversivos. São esses corpos precários os produtores de resistência, os que lutam pela transformação social. Corpos que se aliam em políticas reivindicatórias pelo direito de ter uma vida vivível e de aparecer em assembleia. Nesse sentido, podemos pensar a autonomia como o fortalecimento de grupos em desvantagem sem unificá-los de modo normativo, mas com uma política de aliança que busque uma boa vida coletivamente. Uma coalizão aberta, onde as assembleias permitam divergências, em uma ação política menos excludente.

Na cena da interpelação, há um duplo valor ético. Ao mesmo tempo em que falamos sobre nós mesmos e nos reconstruímos nesse processo, estabelecemos uma relação com nosso interlocutor, buscamos agir sobre ele. Pensando que construir uma tese, também envolve uma relação de interpelação, compete colocar que me relaciono com um conjunto de normas. Há de antemão um quadro de referências para o humano, que inclui um número limitado de variações. Contudo, na medida em que a representação visual do humano passa a aparecer, nossa capacidade de responder atribuindo-lhe esse *status* muda, passa a ser condicionada por quadros humanizadores e desumanizadores, dada a restrição dessas variantes. Nesse encontro, entre quem vê e quem é visto, alguns indivíduos são compreendidos como legíveis e outros não.

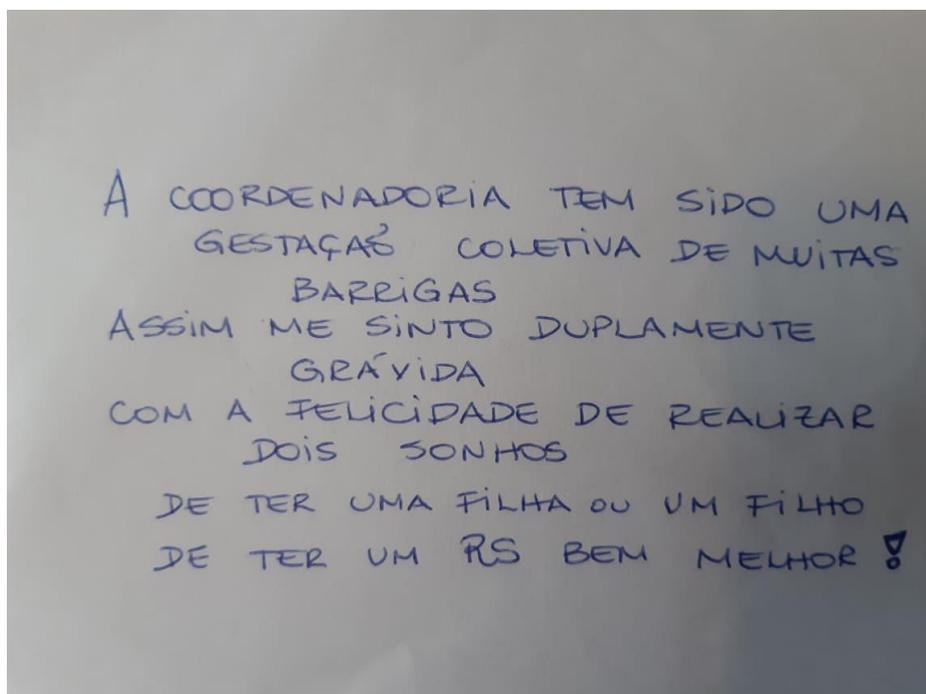
Ao receber esta carta que Vânia Araújo escreveu à sua amiga Natália Méndez, sinto que, na ausência de seu rosto, preciso “ver” e “fazer ver” sua história.

Figura 6: Carta de Vânia Araújo Machado à Natália Méndez. Porto Alegre, setembro de 2000.



Fonte: Acervo de Natália Méndez.

Figura 7: Verso da Carta de Vânia Araújo Machado à Natália Méndez. Porto Alegre, setembro de 2000.



Fonte: Acervo de Natália Méndez.

Há um regime de verdade que delimita os seres reconhecíveis. Mas essa mesma norma que é limitante, também é produtora, pois, paradoxalmente, ao lutar contra ela, o sujeito inaugura sua reflexividade e se mobiliza para a ação ética. Assim, as normas são pontos de referência, inclusive para sua contestação. Por isso, é necessária uma nova ontologia corporal que amplie as reivindicações. Talvez, não mais baseando-se na autonomia, mas no reconhecimento da precariedade compartilhada. No ser que está aberto/exposto à dor, à violência e ao amor, sobretudo ao amor enquanto responsabilidade ética com os outros. Portanto, ao finalizar a escrita dessa tese, tenho o impulso de desejar, assim como Vânia lutou em vida, por um mundo “transforma-dor”. Onde o parto não seja mais sinônimo de partida. Onde os óbitos e violações sejam evitados, quando possível, e que em suas experiências parturitivas as mulheres não partam de si, de seus projetos individuais e coletivos, mesmo após ter filhos.

REFERÊNCIAS

Fontes:

1. Acervo Carmen da Silva e jornais
 - 1.1 Jornais: *Zero Hora*; *Folha de S. Paulo*; *Consumidor S.A.*; *Tempo e presença*; *Carta da Cepia – Informativo Semestral*; *Dar à luz – Rede Nacional de Parteiras Tradicionais*; *GENTE: mulher, procriação, ecologia - Boletim da Rede de Defesa da Espécie Humana (REDEH)*; *Jornal da Rede Saúde - Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e, sua versão em fax, a Rede Fax - Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*; *Informama – Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia*; *Mulher e Saúde – Boletim do SOF (Sempreviva Organização Feminista)*; *Mulheres em dados*; *Cunhary Informa - Rio das Mulheres (Boletim Bimestral da Rede Mulher)*; *Dito e Feito – Boletim Informativo do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher*; *Redir – Rede de Informação, Saúde, Sexualidade e Direitos Reprodutivos*; *Boletim Rehuna e Viva*; *Impresso Ventre – Publicação da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova*. Acervo Carmen da Silva. Localizado no NIEM/UFRGS.
 - 1.2 Livro: *SER MULHER – Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural. Parto: Tempos de Ser e de Nascer*. Nova Friburgo: Rio de Janeiro, 1999. Acervo Carmen da Silva. Localizado no NIEM/UFRGS.
 - 1.3 Folders: Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. Fortaleza – CE, 2000; Encontro de Parteiras Tradicionais de Pernambuco. Rede nacional de parteiras tradicionais. Fazenda Nova – PE, 1996. Acervo Carmen da Silva. Localizado no NIEM/UFRGS.
- 2 **Jornal Fêmea**. Brasília – DF (1992-2006). Disponível *online*.
- 3 **Jornal Mulherio**. São Paulo – SP (1981-1988). Disponível *online*.

4 Relatórios e Conferências

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI Da Mortalidade Materna**. Brasília, 2001.

CEDAW. BRASIL. Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher. **Caso Alyne da Silva Pimentel. Relatório do Governo Brasileiro**. 2014.

CEDAW. ONU. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. 1979. Disponível em: [https://assets-compromissoeatitude-
ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf](https://assets-compromissoeatitude-
ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf) Acesso em: 06 abr. 2023.

CEDAW. ONU. **Relatório final. Brasil, sobre o caso Alyne da Silva Pimentel**. Tradução juramentada Mariana Heynemann. 2011.

ONU. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim, China, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf Acesso em: 06 abr. 2023.

ONU. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo**. Cairo, Egito, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2023.

5 Leis e Programas do Ministério da Saúde

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Garante o direito à presença de acompanhante no parto. Brasília – DF. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#art1 Acesso em: 11 abr. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF. 2000. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

Acesso em: 11 abr. 2023.

6 Documentos da Rede Feminista de Saúde

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. **Cartilha Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher**. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: São Paulo, 2000.

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

7 Carta da REHUNA

REHUNA. **Carta de Campinas**. Documento fundador da REHUNA. Campinas, SP, 1993.

Bibliografia:

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polén, 2019.

AMIGAS DO PARTO. **Home**. Disponível em: <https://www.asamigasdoparto.org/>

Acesso em: 11 abr. 2023.

ANJOS, Ana Rosa Ferreira dos. **A trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova: concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento**.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

MOL, Annemarie. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York: Routledge, 2008.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. **Reconfigurando um modo de ver o parto**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

BERTH, Joice. **Empoderamento**. São Paulo: Polén, 2019.

BIANCARELLI, Aureliano. Colhendo Verdades, Frutos Proibidos e Relatividades.

CREMESP, ed. 24, jul-set/2003. Disponível em:

<http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Revista&id=92>. Acesso em: 21 de set. de 2019.

BIROLI, Flávia. Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**. nº 15, p.37-68, 2014.

BIROLI, Flávia. Agentes imperfeitas: contribuições do feminismo para a análise da relação entre autonomia, preferências e democracia. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº 9. Brasília, p. 7 – 38, 2012.

BIROLI, Flávia. **Autonomia e desigualdades de gênero: contribuições do feminismo para a crítica democrática**. Vinhedo: Horizonte, 2013.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. **Feminismo e política: uma introdução**. São Paulo: Boi Tempo, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 344 do Ministério da Saúde de 1º de fevereiro de 2017**.

Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20preenchimento%20do,sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde. Acesso em: 12 mai. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2004. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf> Acesso em: 03 fev. 2023.

BRUM, Eliane. A potência de Adelir: Que dogmas tão profundos a gestante de Torres feriu para ter seu corpo violado pelo Estado na calada da noite. **El País**. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html Acesso em: 22 de set de 2019.

BUITONI, Dulcília Helena Schroeder. **Imprensa Feminina**. São Paulo: Ática, 1990.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa da assembleia. Tradução de Fernanda Siqueira Miguens, revisão técnica de Carla Rodrigues. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2018a.

BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. Tradução de André Rios. **Physis**. v.19, n.1, p.95-126, 2009.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha; revisão de tradução de Marina Vargas; revisão técnica de Carla Rodrigues. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018b.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. 16ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2018c.

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2019.

CARDOSO, Elizabeth. **Imprensa feminista brasileira pós-1974**. Dissertação de mestrado (Escola de Comunicação e Artes), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CARNEIRO, Rosamaria. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

CARNEIRO, Rosamaria. Outra 'figura-relação' de maternidade, parto e feminismo. **Fazendo Gênero**, Florianópolis, p. 1-9, 2008.

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

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro. HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista brasileiro**: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 271-289.

COLLINS, Patricia Hill. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo**. V.5, n.1, p. 6-17, 2017.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 6 nº 1-2, p. 147-177, 1996.

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. Cruzamento raça e gênero. Painel 1. p. 7-16. Disponível em: <https://glefas.org/download/biblioteca/feminismo-antirracismo/Kimberle-Crenshaw.-A-interseccionalidade.-de-raza-y-genero.pdf> Acesso em: 21/09/2019.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20(1), p. 133-151, 2012.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: Breve história de uma luta. DINIZ, Carmen, et.al. **Saúde das mulheres**: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo, CFSS, 2000.

DINIZ, Simone Grilo *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. *Journal of Human Growth and Development*. v. 25, n.3, São Paulo, p. 1-8, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (3) Set 2005. p. 627-637.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a Bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FGV CPDOC. **Verbetes ERUNDINA, Luiza**. Disponível em:

<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/luisa-erundina-de-sousa> Acesso em: 21 out. 2019.

FGV CPDOC. **Verbetes PELAES, Fátima**. Disponível em:

<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/fatima-lucia-pelaes> Acesso em: 21 out. 2019.

FGV CPDOC. **Verbetes SERRA, José**. Disponível em:

<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/jose-serra> Acesso em: 21 out. 2019.

FONTES, Maria Lucineide Andrade. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7), p. 1805-1812, 2012.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-326.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou da antimedicina. **Verve**. nº 18, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, p.153-171, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa de opinião: **“Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”**. 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> Acesso em: 09 jan. 2017.

GELEDÉS. **Uma vida inteira pelo fim da violência contra a mulher: A luta de Jacira Melo**. 10/01/2019. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/uma-vida-inteira-pelo-fim-da-violencia-contr-a-mulher-a-luta-de-jacira-melo/> Acesso em: 19 nov. 2019.

GILL, Lorena Almeida. **À beira da extinção: memórias de trabalhadores cujos ofícios estão em vias de desaparecer**. Projeto apresentado à Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas [atualizado], 2012.

GLOCK, Clarinha. Ela lutava pelos direitos das mulheres. **ÉPOCA**. 30/05/2008. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT5017-15254-5017-3934,00.html> Acesso em: 21 set. 2019.

GONÇALVES, Aline de Oliveira. **Da internet às ruas: a marcha do parto em casa**. 190 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Setor de artes, comunicação e design da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

GRUPO CURUMIM. **Quem somos**. Disponível em: <https://grupocurumim.org.br/#quemsomos> Acesso: 12 abr. 2023.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 2009.

hooks, bell. **El feminismo es para todo el mundo**. Madrid: Ed. Traficante de Sueños, 2017.

HOTIMSKY, Sonia. **Parto e nascimento no Ambulatório da Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul**: uma abordagem antropológica. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

INSTITUTO VLADIMIR HERZOG. **Depoimentos – Beatriz Cannabrava**. Disponível em: <https://resistirepreciso.org.br/protagonistas/beatriz-cannabrava-bia/> Acesso em: 21 set. 2019.

JANUÁRIO, Maria Júlia Castro. **Inês Castilho e Mulherio**: um estudo sobre pautas feministas como forma de resistência à ditadura civil-militar. TCC (Relações Internacionais). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2018.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. Lisboa: Ed. 70, 1999.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. In: **Crítica da razão pura e outros textos filosóficos**. Col. Os pensadores. São Paulo: Abril, 1974.

KANT, Immanuel. Resposta à pergunta: Que é esclarecimento? (“Aufklärung”). In: BUZZI, Arcângelo; BOFF, Leonardo. **Immanuel Kant - Textos seletos**. 2ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 1985.

KRÜGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez., 2014.

LÓPEZ, Laura. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. **TOMO**. nº. 28, p. 135-167, jan./jun. 2016.

LUCA, Tânia Regina de. História dos, nos e por meio de periódicos. In: PINKSY, Carla Bassanesi. **Fontes Históricas**. São Paulo: Contexto, 2008.

LUCA, Tânia Regina de. Mulher em Revista. In: BASSANEZI, Carla; PEDRO, Maria Joana. A Nova História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2012. P. 447-466.

LEITE, Rosalinda. Brasil Mulher e Nós Mulheres: origens da imprensa feminista brasileira. **Cadernos de Crítica Feminista**, CFH/CCE/UFSC, v. 11, p.234-321, 2003.

MAGALHÃES, Izabel. Gênero e discurso no Brasil. **Discurso & Sociedad**, v. 3, nº 4, p. 714-737, 2009.

MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a população**. Tradução: Antonio Alves Cury. São Paulo: Abril Cultural, 1993.

MATOS, Marlise. Movimento e teoria feminista: É possível reconstruir a teoria feminista a partir do sul global? **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, 2010.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios**. nº 32, p. 123-151, 2016.

MÉNDEZ, Natália Pietra. **Com a palavra, o segundo sexo**: percursos do pensamento intelectual feminista no Brasil dos anos 1960. Tese (Doutorado em História) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MÉNDEZ, Natália Pietra. **Discursos e práticas do movimento feminista em Porto Alegre (1975-1982)**. 166 f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MEYER, Dagmar Estermann. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento**. Porto Alegre, v.9, n. 3, p.33-58, 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Niterói**, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MILL, John Stuart. **Sobre a liberdade**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, (25), p. 197-219, dez. 2002.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, Thayane. **Das cosmologias de partos/nascimentos**: um estudo sobre saberes relacionados às concepções de parteiras contemporâneas. Tese (Doutorado em Educação) – Unisinos, São Leopoldo, 2018.

NICIDA, Lucia; TEIXEIRA, Luiz; RODRIGUES, Andreza; BONAN, Claudia. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura da assistência ao parto no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, 25 (11), p. 4531-4546, nov. 2020.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira**: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Editora Ground, 2003.

OSIS, Maria José. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(1), p. 25-32, 1998.

PACIORNIK, Moysés. **Aprenda a nascer e a viver com os índios**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PEDRO, Joana Maria. A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980). In: MONTEIRO, Yara Nogueira. **História da Saúde**: olhares e veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 141-156, 2010.

PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio - século XX. In: MATOS, Maria Izilda; SOIHET, Raquel. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

PEDRO, Joana Maria. O feminismo de 'segunda onda': corpo, prazer e trabalho. In: PINSK, Carla; PEDRO, Joana (Orgs). **Nova História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, p. 238-259, 2012.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.77-98, 2005.

PERROT, Michelle. Escrever uma História das Mulheres: relato de uma experiência. **Cadernos Pagu** (4) p. 9-28, 1995.

PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, Maria Izilda Santos de; SOIHET, Rachel. **O corpo feminino em debate**. SP: Editora UNESP, 2003.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2008.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, História e Poder. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PINTO, Céli Regina Jardim. Elementos para uma análise de discurso político. 2005. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/217032>> Acesso em: 03 de fev. 2023.

PINTO, Céli Regina Jardim. As ONGs e a política no Brasil: presença de novos atores. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 49, nº 3, pp. 651 a 613, 2006.

PORTAL ODS. **Mortalidade materna cresce no Brasil**. 16/08/2018. Disponível em: <http://portalods.com.br/noticias/mortalidade-materna-cresce-no-brasil/> Acesso em: 12 mai. 2022.

PRÁ, Jussara Reis. **Memórias e Trajetórias do Feminismo no Brasil**. Relatório de Andamento (06/08/2014 – 06/08/2017). Porto Alegre: UFRGS, 2017. 12 p.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro, Joana; Grossi, Miriam (orgs.) - **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

RAGO, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: PRIORE, Mary Del. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto/UNESP, 1997.

RATTNER, Daphne; SANTOS, Marcos Leite dos; LESSA, Heloisa; DINIZ, Simone. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, nº 4, p. 215-228. 2010.

REDEH. **Rede de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <http://www.redeh.org.br/> Acesso em: 11 set. 2022.

RIFFEL, Mariene. **A ordem da “humanização do parto” na educação da vida.** Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. **Projeto de Lei nº 262/2001.** Institui o Dia Estadual de Combate à Mortalidade Materna no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.al.rs.gov.br/Diario/Proposicoes/PROP182.HTM> Acesso em: 12 mai. 2022.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência Da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher.** Tese (Doutorado em Antropologia Social), Museu Nacional - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SANEMATSU, Marisa. O papel da mídia informativa: O que a imprensa pode fazer pela redução da mortalidade materna no Brasil. **Observatório da Imprensa.** Ed. 292. 31/08/2004. Disponível em: <http://observatoriodaimprensa.com.br/ciencia/o-papel-da-imprensa-na-reducao-da-mortalidade-materna/> Acesso em: 21 out. 2019.

SAPS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher.** 28/05/2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736> Acesso em: 12 mai. 2022.

SARDENBERG, Cecília. **Conceituando “Empoderamento” na Perspectiva Feminista.** Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6848/1/Conceituando%20Empoderamento%20na%20Perspectiva%20Feminista.pdf> Acesso: 08/03/2023.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16) p.137-150, 2001a.

SCAVONE, Lucila. **Dar e Cuidar da Vida: Feminismo e Ciências Sociais.** São Paulo, Editora UNESP, 2004.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”:** Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SEADE. São Paulo. **Institucional**. Disponível em:

<https://www.seade.gov.br/institucional/quem-somos/historico/> Acesso em: 11 jun. 2022.

SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **A SOF**. Disponível em:

<https://www.sof.org.br/a-sof/#quemsomos>. Acesso em: 29 abr. 2022.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. p. 1-35, 1989. Disponível em:

https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf Acesso em: 17 set. 2019.

SILVA, Eduarda Borges da. **Narrativas paridas**: Entre higienização e industrialização, parteiras da Região Sul do RS rememoram seu ofício. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Bacharelado em História, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

SILVA, Eduarda Borges da. **Partejar e narrar**: o ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990). Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; MARTINS, Alaerte Leandro. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6 (4): 453-460, out./dez., 2006.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da História das Mulheres e das Relações de Gênero. **Revista Brasileira de História**, São Paulo. v. 27, nº 54, p. 281-300, 2007.

SOIHET, Rachel (Org.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora da UNESP, 2003. p. 157-176.

SOS CORPO. **Apoios**. Disponível em: <https://soscorpo.org/> Acesso em: 28 abr. 2023.

TOMAZ, Renata. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Galaxia**, São Paulo, n. 29, p. 155-166, jun. 2015.

TORNQUIST, Carmen Suzana. Armadilhas da nova era: Natureza e armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

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

TRANSAS DO CORPO. **Apresentação**. Disponível em: <https://transasdocorpo.org.br/index.php/institucional/apresentacao/> Acesso em: 28 abr. 2023.

UBM. Estatuto. 1988. Disponível em: <http://ubmcarioca.blogspot.com/p/estatuto-da-ubm.html> Acesso em: 19 nov. 2019.

UNFPA. **Cientista social brasileira e ONG polonesa vencem Prêmio de População da ONU**. 27 abr. 2016. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/cientista-social-brasileira-e-ong-polonesa-vencem-pr%C3%AAmio-de-popula%C3%A7%C3%A3o-da-onu> Acesso em: 21 de set. de 2019.

VASQUÉZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**. Três Lagoas, v.3, n. 6, p.167-181, 2014.

VEJA RIO. **A história de Maria Maria, música mais tocada do oitentão Milton Nascimento**. 25/10/2022. Disponível em: <https://vejario.abril.com.br/beira-mar/maria-maria-mais-tocada-milton-nascimento/> Acesso em: 02 de abr. de 2023.

WOITOWICZ, Karina Janz. Imprensa feminista pós anos 1990: Ativismo midiático e novas formas de resistência. In: **Anais do VIII Encontro Nacional de História da Mídia**. Guarapuava-PR, p. 1-12, 2011.

WOITOWICZ, Karina Janz; PEDRO, Joana. A luta pelos direitos reprodutivos na agenda midiática das organizações feministas: discursos sobre o aborto. I **Seminário Nacional Sociologia & Política**, UFPR, 2009.

APÊNDICE: ENQUADRAMENTOS DOS JORNAIS¹⁰³

A - Quadro 1: Acervo Carmen da Silva (NIEM/UFRGS) - Imprensa Tradicional

DATA	JORNAL	TÍTULO	AUTOR/A	PÁGINA	TEMA	CIDADE
09/09/79	Zero Hora	Parto sem violência	Marcos Faerman	s/p¹⁰⁴	Parto	Porto Alegre - RS
04/11/79	Zero Hora	A luta pela amamentação natural	s/a	s/p	Amamentação	Porto Alegre - RS
Mar/81	Correio da Mulher (Editora Zero Hora)	Parto de cócoras	s/a	p. 26	Parto normal	Porto Alegre - RS
15/05/85	Zero Hora	O período padrão para amamentar é de seis meses	Ivone Cassol	p. 32	Amamentação	Porto Alegre - RS
30/08/86	Zero Hora	As mulheres denunciam atentados à saúde	Ercy Pereira Torma	p. 28	Saúde da mulher	Porto Alegre - RS
02/10/86	Correio Braziliense	Mulheres discutem saúde e direitos	s/a	s/p	Saúde da mulher	Brasília – DF
08/08/87	Zero Hora	Psiquiatras debatem transtornos afetivos	Bia Lopes	p. 35	(aborda a relação entre parto e trauma)	Porto Alegre - RS
03/06/88	Folha de S. Paulo	Mortes maternas	Carmen Barroso	p. 20	Mortalidade materna	São Paulo - SP
29/10/90	Folha de S. Paulo	Assistir parto ainda é opção tímida de pais	Marina Caldeira	p. 8	Parto	São Paulo - SP
1991	Revista Tempo e	Nascer de forma mais	Entrevista com Suely	p. 28-30	Parto humanizado	São Paulo - SP

¹⁰³ A elaboração dos quadros foi realizada durante o processo de investigação nos acervos, contudo, somente os jornais em negrito aparecem como fontes na tese. Os demais, apesar de consultados e fotografados, constam como percurso metodológico e para a possibilidade de fomentar novas pesquisas.

¹⁰⁴ Algumas das matérias listadas são apenas recortes do jornal, por isso não foi possível localizar a página.

	presença	humanizada	Carvalho e Djanira Ribeiro			
21/01/91	Jornal do Brasil	Parteiras querem integração com medicina tradicional	s/a	p. 10	Parteiras	Rio de Janeiro - RJ
04/03/91	Folha de S. Paulo	Cesárea é risco desnecessário para a mulher	Marina Caldeira	p. 4	Cesariana	São Paulo - SP
26/07/95	Zero Hora	Brasileiras enfrentam riscos elevados durante a gravidez	Paulo Sotero	p. 55	Mortalidade materna	Porto Alegre - RS
01/05/96	Folha de S. Paulo	Mãe tem o filho no chão de hospital	s/a	s/p	Parto	São Paulo - SP
21/07/96	Folha de S. Paulo	Mortalidade materna cresce em S. Paulo	Mario Cesar Carvalho	p. 12	Mortalidade materna	São Paulo - SP
24/08/96	Zero Hora	Os sintomas estranhos do pós-parto	Magda Achutti	p. 4-5	Parto (e trauma)	Porto Alegre - RS
Set/1997	Revista Consumidor S.A.	A taça do mundo das cesarianas é nossa	s/a	p. 17-21	Cesariana	São Paulo - SP
?/1999	Dicas - Ideias para ação municipal – Instituto Pólis	Parteiras tradicionais do Amapá	s/a	s/p	Parteiras	São Paulo - SP
Mai/99	Jornal do DIAP – Depto Intersindical de Assessoria Parlamentar	Mortalidade materna – a vergonha do descaso	Extraído do Fêmea	p. 15	Mortalidade Materna	Brasília – DF
Jul/2000	Jornal da Cidadania iBase – Instituto Brasileiro de	Conquistas e mais conquistas	s/a	p. 11	Humanização do parto	Rio de Janeiro - RJ

	Análises Sociais e Econômicas					
--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

Fonte: SILVA, 2023 (elaborado pela autora).

B - Quadro 2: Acervo Carmen da Silva (NIEM/UFRGS) – Imprensa feminista

DATA	JORNAL	TÍTULO	AUTOR/A	PÁGINA	TEMA	CIDADE
Mai/89	Informe Mulher – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher	Saúde da mulher: direito a ser conquistado	s/a	p. 5	Saúde da mulher	Brasília – DF
Jan-Abr/92	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	Censura pública: Mudar o nascimento /mudar a vida	s/a	p. 7	Humanização do parto Cesárea	Rio de Janeiro - RJ
Mar/92	Mulheres em ação	Um 8 de março em defesa da vida	s/a	p. 3	Saúde da mulher	?
Mai/92	Cunhary Informa - Rio das mulheres Boletim da Rede Mulher Apoio: Novib	A vida pode trazer morte	s/a	s/p	Mortalidade materna	São Paulo - SP
Set/92	Revista Presença da mulher – UBM (União Brasileira de Mulheres)	Encarte: a maternidade e seus mitos	Textos de Iole Cunha, Télia Negrão e Claudia Fonseca	p. 20-26	Maternidade	São Paulo - SP

Fev-Abr/93	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	- I Encontro de Partejas indígenas Nação- Potiguara - Parir e Nascer: caravana da vida	s/a	- p. 2 - p. 8	- Partejas - Parto	Rio de Janeiro - RJ
Mai-jul/93	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	- Cais do parto: um Porto Seguro para Ser - O direito de nascer direito - Casa do parto: Nove Luas, Lua Nova	s/a	- p. 3 - p. 8 - p. 8	Partejas	Rio de Janeiro - RJ
Ago/93	Mulher e Saúde – Boletim do SOF (Sempreviva Organização Feminista) Patrocínio: MacArthur Foundation, The Global Fund for Woman e Unicef	Direitos reprodutivos? O que é isso?	s/a	p. 8-9	Direitos reprodutivos	São Paulo - SP
Ago-dez/93	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	- Rehuna: Rede Nacional pela Humanização do Nascimento - Caravana da vida em Niterói e Jacarepaguá	s/a	- p. 2	Humanização do parto Partejas	Rio de Janeiro - RJ

		- Encontro de parteiras tradicionais de Altinho, Agustina e Brejo da Madre de Deus (PE)				
Set-Dez/93	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	C.A.I.S. do parto	Suely Carvalho	s/p	Parteiras	Rio de Janeiro - RJ
Jan-jun/94	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	- Mulheres indígenas: resgate de uma sabedoria ancestral - 1º Encontro Interestadual de Parteiras - Rehuna: Rede pela Humanização do Nascimento - Rehuna/Rio - Maternidade Leila Diniz - Trabalho com mulheres: existe fórmula?	s/a Último texto de Solange Dacach	- p. 4 - p. 8 - p. 8 - 9 - p. 9 - p. 12	Parteiras; Humanização do parto	Rio de Janeiro - RJ
Jun/94	Jornal da Rede – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) Patrocínio:	O SUS e a saúde da mulher	Sara Sorrentino	s/p	Saúde da mulher	Inicialmente editada em São Paulo – SP. Foi editada também em Belo Horizonte – MG, com o nome Jornal da Rede Feminista de

	International Women's Health Coalition (IWHC), Unifem e Fundação Ford					Saúde.
Jun/94	Mulher e Saúde – Boletim do SOF (Sempreviva Organização Feminista)	- No Brasil, ser mulher faz mal para a saúde - Diagnóstico da falta de assistência - Para entender o PAISM	s/a	- p. 4-6 - p. 7-9 - p. 10-11	Saúde da mulher	São Paulo - SP
Jan-jun/95	GENTE: mulher, procriação, ecologia - REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana)	Uma rede viva contra a mortalidade materna e perinatal	s/a	p. 2	Mortalidade materna	Rio de Janeiro - RJ
Jun/97	Rede Fax – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Debate conceitual sobre PAISM, saúde sexual e reprodutiva	s/a	p. 1	Saúde da mulher	São Paulo - SP
Jul/97	Jornal da Rede – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Dossiê 8º Encontro Internacional Mulher e Saúde	s/a	s/p	Saúde da mulher	São Paulo - SP
Set/97	Mulheres em dados – Informativo mensal sobre a mulher paulista da Fundação SEADE – Sistema Estadual de Análise de	Humanização do parto normal	Simone Grilo Diniz	s/p	Humanização do parto	São Paulo - SP

	Dados – Governo de SP					
Fev/98	Dito e Feito – Boletim Informativo do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher	Saúde materna e direito reprodutivo	s/a	p. 10	Saúde da mulher	Brasília – DF
Fev/98	Rede Fax – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	- Encontro de parteiras tradicionais - Campanha nacional de incentivo ao parto normal	s/a	s/p	Parteiras Parto normal	São Paulo - SP
Mar/98	Rede Fax – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	- I Encontro Internacional de Mulheres da Floresta Amazônica – Mama - Mortalidade materna	s/a	s/p	Parteiras Mortalidade materna	São Paulo - SP
Mar/98	Carta da Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação	Feministas assessoram campanha “Natural é parto normal”	s/a	p. 17	Parto normal	Rio de Janeiro - RJ
Mai/98	Jornal da Rede – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	- Mortalidade materna no Brasil: faltam dados e uma assistência digna - Comitês de morte materna: a importância de estar presente	- Ruy Laurenti - Sara Sorrentino	- p. 3- 4 - p. 5- 6	Mortalidade materna	São Paulo - SP
Mai/98	Rede Fax – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos	- Portarias incentivam parto normal - Seminários sobre qualidade de	s/a	p. 2	Parto normal	São Paulo - SP

	Reprodutivos	assistência ao nascimento e ao parto				
Jul-ago/98	Boletim Rehuna e Viva - REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento)	Resumo da Ata da Reunião Plenária da Rehuna de 31/10 a 02/11/97	s/a	4 pg.	Humanização do parto	Campinas – SP (?)
Ago/98	Rede Fax – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	I Encontro internacional de parteiras da Floresta	s/a	p. 4	Parteiras	São Paulo - SP
1998	Ventre – Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova	Edição comp.	Várias autorias	12 p.	Parto	Niterói - RJ
Ago-nov/98	Redir – Rede de Inform., Saúde, Sexualidade e Direitos Reprodutivos (Universidade de Juiz de Fora e Fundação MacArthur)	Natural é parto normal	s/a	s/p	Parto normal	Juiz de Fora - MG
Out/98	Infobioética: teoria feminista e anti-racista	Edição completa	Coord.: Fátima Oliveira	toda	Saúde da mulher	Belo Horizonte - MG
Set/99	Dar à Luz – Rede Nacional de Parteiras Tradicionais	Edição completa	Rede Nacional de Parteiras Tradicionais	toda	Parteiras	Olinda - PE
Mai/2000	Mulher e Saúde – Boletim do SOF (Sempreviva Organização Feminista)	- Saúde integral, já! - CAIS do parto	s/a	- p. 1 - p. 12	Saúde da mulher Parteiras	São Paulo - SP

Mai/2000	Jornal da Rede - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	<ul style="list-style-type: none"> - Campanha Internacional contra a morte materna completa 13 anos - Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços - Saúde da mulher é prioridade no Ministério - Humanizar é preciso 	<ul style="list-style-type: none"> - Maria José de Oliveira Araújo - Ana Cristina Tanaka - Entrevista com Tânia Lago - Lívia Martins Carneiro 	<ul style="list-style-type: none"> p. 3-4 p. 5-8 p. 11-15 p. 16-17 	<ul style="list-style-type: none"> Mortalidade materna Saúde da mulher Humanização do parto 	São Paulo - SP
Nov/2000	Jornal da Rede - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva	Ignês Helena Oliva Perpétuo	p. 10-16	Saúde da mulher	São Paulo - SP
Nov/2000	Mulher e Saúde – Boletim do SOF (Sempreviva Organização Feminista)	O pré-natal que queremos (Edição completa)	s/a	Toda	Pré-natal	São Paulo - SP
Jul-Ago/2001	Informama – Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia	Mãos que partejam	s/a	s/p	Parteiras	Rio Branco - AC
Ago/2001	Jornal da Rede – Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	<ul style="list-style-type: none"> - Higher Risks for Blacks Women in Brazil - Age, Racial and Socio-Economic Determinants 	<ul style="list-style-type: none"> - Alaerte Leandro Martins - Alessandra Sampaio Chacham 	<ul style="list-style-type: none"> - p. 37-40 - p. 44-47 	Mortalidade materna (Riscos para as mulheres negras)	São Paulo - SP
Jul/2006	Jornal da	Capa: A	Coord.:	36 pg.	Mortalidade	Belo Horizonte -

	Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	morte materna possui responsáveis (Edição completa)	Fátima Oliveira		materna	MG
--	---	--	------------------------	--	----------------	-----------

Fonte: SILVA, 2023 (elaborado pela autora).

C - Quadro 3: Mulherio (1981-1988)

DATA/Nº	TÍTULO (S)	AUTOR/A	PÁGINA	TEMA
Mai-jun/81 Ano 1 Nº 1	- Mãe: paraíso perdido ou reencontrado? - Entre a solidão e a plenitude	- Carmen Barroso - Inês Castilho	- p. 8 - p. 9	Maternidade Parto normal
Jul-Ago/81 Ano 1 Nº 2	Um congresso saudável	Carmen Barroso	p. 8	Saúde da mulher
Jan-Fev/82 Ano 2 Nº 5	- Muito prazer, periferia - As bruxas estão de volta - O SOS Corpo	- s/a - Rosyska Darcy de Oliveira - Virgínia Botelho	- p. 17 - p. 18-19 - p. 18	Saúde da mulher
Mar-Abr/82 Ano 2 Nº 6	- Amamentar é uma boa? - Um debate se amplia	- Marina Ferreira Rea - s/a	- p. 4 - p. 5	- Amamentação - Saúde da mulher
Mai-Jun/82 Ano 2 Nº 7	E o prazer de falar de prazer?	Cecília Simonetti	p. 21	Saúde da mulher

Jul-Ago/82 Ano 2 Nº 7 ¹⁰⁵	- Planejamento familiar: Repensando nossas propostas - Esquerda repete velhos chavões	- Lúcia Araújo e Maria Carneiro da Cunha - Ruth Cardoso e Tereza Caldeira	p. 14-18	Planejamento familiar (capa)
Jul-Ago/83 Ano 3 Nº 14	-Planejamento familiar - Propostas feministas	- Carmen Barroso - Inês Castilho	- p. 3-4 - p. 5	Planejamento familiar Saúde da mulher
Jul-Ago/84 Ano 4 Nº 17	Contracepção: o drama nosso de cada dia	Ethel Leon	p. 6-7	Planejamento familiar
Set-Out/84 Ano 4 Nº 18	O corpo é nosso...	Ethel Leon	p. 16	Saúde da mulher
Nov-Dez/84 Ano 4 Nº 19	A invasão das bruxas	Cecília Simonetti	p. 15	Saúde da mulher
Abr-Jun/85 Ano 5 nº 21	- Conquistas e derrotas - Evitar filhos, “padecer no inferno” - O plano do Ministério mudando mentalidades	s/a - Sandra Barbosa - Inês Castilho	p. 3 p. 9 p. 10	Condição da mulher Saúde da mulher
Mar-Abr/87 Ano 7 Nº 28	- Imagens de mulher - O fardo de Eva	- Djanira Ribeiro - Angela Arruda	- p. 5 - p. 7	Condição da mulher Parto
Nov/87 Ano 7 Nº 34	Anos 80: como nossas mães?	Alberto Mawakdiye	p. 23	Maternidade

¹⁰⁵ Edição com número repetido da anterior.

Dez/87 Ano 7 Nº 35	SOS Corpo: o trabalho didático de ensinar feminismo e saúde	Paula Mageste	p. 20	Saúde da mulher
-------------------------------------	--	----------------------	--------------	------------------------

Fonte: SILVA, 2023 (elaborado pela autora).

D - Quadro 4: Fêmea (1992-2006)

DATA	TÍTULO(S)	AUTOR/A	PÁGINA	TEMA
Out/92 Ano 1 Nº 3	CPI constata esterilização indiscriminada de mulheres	s/a	p. 3	Esterilização
Abr/93 Ano 2 Nº 6	CPI da esterilização conclui relatório	s/a	p. 6	Esterilização
Jul/94 Ano 3 Nº 17	Saúde sexual e reprodutiva em quarentena	Elza Berquó	p. 6-7	Saúde da mulher
Ago/94 Ano 3 Nº 18	Mulher e o poder	s/a	p. 6-7	Condição da mulher
Mai/96 Ano 5 Nº 40	Deputados apoiam CPI para investigar mortalidade materna	s/a	p. 5	Mortalidade materna
Set/97 Ano 6 Nº 56	Incentivo ao parto normal	s/a	p. 12	Parto normal
Mar/98 Ano 6 Nº 62	Ministro da Saúde prioriza atendimento à mulher	s/a	p. 7	Saúde da mulher
Abr/98 Ano 6 Nº 63	A prioridade Serra: saúde da mulher	Fátima Oliveira	p. 6-7	Saúde da mulher
Jul/98 Ano 6 Nº 66	As parteiras	Suely Oliveira	p. 5	Parteiras
Set/98	CAIS do Parto ganha Prêmio	s/a	p. 8	Parteiras

Ano 6 Nº 68	Claudia			
Out/99 Ano 7 Nº 81	- Mortalidade materna no Brasil - Comissão quer discutir mortalidade materna	- Ana Cristina Tanaka - Deputada Federal Iara Bernardi	- p. 8 - p. 9	Mortalidade materna
Mar/2000 Ano 8 Nº 86	CPI sobre mortalidade materna	s/a	s/p ¹⁰⁶	Mortalidade materna
Mai/2000 Ano 8 Nº 88	- Finalmente instalada a CPI da mortalidade materna - Saúde materna no Brasil - Mortalidade materna: é possível evitar - Governo desconhece índice de mortalidade materna no país	-s/a - Maria Laura Sales Pinheiro - Elcione Barbalho - s/a	s/p	Mortalidade materna
Nov/2000 Ano 8 Nº 94	- CPI da Mortalidade Materna ouve a Promotoria de Justiça e o Conselho Federal de Medicina - Saúde da mulher: discurso construído no marco da redemocratização	- s/a - Maria Laura Sales Pinheiro	s/p	Mortalidade materna
Dez/2000 Ano 8 Nº 95	- CPI da mortalidade materna - I Congresso Brasileiro de	- s/a - Jorge Andalaft Neto	s/p	Mortalidade materna

¹⁰⁶ As edições selecionadas e aqui apresentadas, entre março de 2000 até fevereiro de 2001, não possuem paginação porque estão disponíveis *online* apenas os textos de algumas matérias, na fase anterior à editoração do jornal.

	Maternidade Segura e a Mortalidade Materna no Brasil			
Jan/2001 Ano 9 Nº 96	CPI da Mortalidade Materna	- s/a	s/p	Mortalidade materna
Fev/2001 Ano 9 Nº 97	CPI da Mortalidade Materna	- s/a	s/p	Mortalidade materna
Abr/2001 Ano 9 Nº 99	- As mulheres e o exercício dos direitos reprodutivos: o caso da mortalidade materna - Saúde da mulher no município: os desafios de fazer o SUS	- Márcia Jácome - Ligia Mendonça	- p. 6-7 - p. 10	Mortalidade materna
Mai/2001 Ano 9 Nº 100	CPI da mortalidade materna	s/a	p. 5	Mortalidade materna
Jun/2001 Ano 9 Nº 101	Morte materna: desperdício de vidas	s/a	p. 10	Mortalidade materna
Jul/2001 Ano 9 Nº 102	Direitos humanos das mulheres e a proposta do Dia do Nascituro	Maria Isabel Baltar da Rocha	p. 3-4	Saúde da mulher
Ago/2001 Ano 9 Nº 103	CPI da mortalidade materna vota relatório final	s/a	p. 8	Mortalidade materna
Nov/2001 Ano 9 Nº 106	Compromisso com a saúde das mulheres e de seus filhos	Maria David Lopes	p. 9	Saúde da mulher
Abr/2002 Ano 10 Nº 111	Parto humanizado: mães e filhos saudáveis	s/a	p. 8	Parto humanizado
Ago/2002 Ano 10 Nº 115	Legislação: Acompanhamento no parto	s/a	p. 10	Parto
Jun/2003	Saúde da	s/a	P. 10	Parto

Ano 11 Nº 125	gestante/SP			
Set/2003 Ano 11 Nº 128	Conexão Amazônica: Agenda 21 das Mulheres da Floresta	Concita Maia	p. 3	Parteiras
Ago/2004 Ano 12 Nº 135	Anencefalia, STF e mídia	Fabiana Paranhos	p. 6	Aborto – “antecipação terapêutica do parto”
Jun/2005 Ano 13 Nº 145	Parteiras e o direito ao aborto: um diálogo necessário	Paula Viana e Núbia Melo	p. 10	Parteiras

Fonte: SILVA, 2023 (elaborado pela autora).