



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

Maria Rafaela Amorim de Araujo

Redes de resistência: a atuação de movimentos feministas nas políticas públicas
de atenção ao parto

Recife

2022

Maria Rafaela Amorim de Araujo

Redes de resistência: a atuação de movimentos feministas nas políticas públicas
de atenção ao parto

Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Andrade da Silva

Recife

2022

Título do trabalho em inglês: Resistance networks: participation of feminist movements in public policies for childbirth care.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco. (FACEPE) - Código de Financiamento 001.

A663r Araujo, Maria Rafaela Amorim de.
Redes de resistência: a atuação de movimentos feministas nas políticas públicas de atenção ao parto / Maria Rafaela Amorim de Araujo. -- 2022.
79 f. : il. color.

Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública), Recife, 2022.
Bibliografia: f. 63-74.

1. Política de saúde. 2. Parto humanizado. 3. Participação social. 4. Feminismo. I. Título.

CDU 614

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

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Maria Rafaela Amorim de Araujo

**Redes de resistência: a atuação de movimentos feministas nas políticas públicas
de atenção ao parto**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em
Saúde Pública apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 30 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

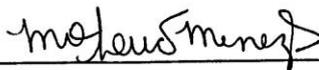


Dra. Ana Lúcia Andrade da Silva

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Camila Pimentel Lopes de Melo

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz



Dra. Maria Lúcia Neto de Menezes

Universidade de Pernambuco

A todas que continuam esperando.

AGRADECIMENTOS

Desgastada com o processo da escrita pensei em desconsiderar todas as seções não obrigatórias da dissertação, como é o caso dos agradecimentos, mas isso seria injusto comigo e com as pessoas que amo. Então, faço os agradecimentos de forma simples, mas muito verdadeira.

Começo agradecendo Àquele que conheço como Deus, uma força maior que me guia.

Agradeço também aos meus pais que sempre foram minha base e são minha maior motivação. Além dos familiares, que sempre torceram por mim.

À minha namorada, esposa, companheira. Logo após a qualificação começamos a morar juntas e seguimos cultivando nossa relação superando as adversidades da vida adulta.

Às minhas amigas que foram alento e carinho mesmo com a distância.

A todas as companheiras do movimento feminista, que tanto me ensinam, que mantêm a luta mesmo quando uma precisa se afastar e que foram coautoras deste trabalho.

À minha turma de mestrado. Saudade do que a gente não viveu, a pandemia nos tirou tanto. Ainda assim, mesmo que virtualmente, vocês também foram minha rede de apoio.

À minha orientadora que sempre foi solícita e compreensiva.

Às professoras da banca que contribuíram significativamente para finalização desta dissertação.

RESUMO

ARAUJO, Maria Rafaela Amorim de. Redes de resistência: a atuação de movimentos feministas nas políticas públicas de atenção ao parto. 2022. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a atuação dos movimentos feministas nas políticas públicas de atenção ao parto na Região Metropolitana do Recife. Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Foram entrevistadas representantes de sete movimentos feministas e em seguida foram codificadas as categorias analíticas a partir da proposta hermenêutica-dialética. Os movimentos feministas avaliaram negativamente a organização e qualidade da rede obstétrica na RMR, a atenção ao parto é marcada pela violência obstétrica e pela mortalidade materna. Logo, os movimentos feministas desejam uma mudança radical que humanize, transformando o modelo hospitalocêntrico e medicalocêntrico. Para avançar na direção das transformações que desejam, os movimentos feministas estão aproximando-se dos processos de construção, implementação e gestão das políticas públicas. Essa incidência ocorre a partir de diferentes estratégias, as três mais citadas foram: a comunicação feminista e popular, a participação de espaços de controle social e a ocupação dos espaços legislativos.

Palavras-chaves: política de saúde; parto humanizado; participação social; feminismo.

ABSTRACT

ARAUJO, Maria Rafaela Amorim de. Resistance networks: the role of feminist movements in public policies for childbirth care. 2022. Dissertation (Academic Master's in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

The objective of this research was to analyze the performance of feminist movements in public policies for childbirth care in the Metropolitan Region of Recife. This is a descriptive and exploratory case study, with a qualitative approach. Representatives of seven feminist movements were interviewed and then the analytical categories were coded based on the hermeneutic-dialectical proposal. Feminist movements negatively evaluated the organization and quality of the obstetric network in the RMR, care during childbirth is marked by obstetric violence and maternal mortality. Therefore, feminist movements want a radical change that humanizes, transforming the hospital-centered and medical-centered model. To advance in the direction of the transformations they desire, feminist movements are approaching the processes of construction, implementation and management of public policies. This incidence occurs from different strategies, the three most cited were: feminist and popular communication, participation in spaces of social control and occupation of legislative spaces.

Keywords: health policy; humanizing delivery; social participation; feminism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AMB	Articulação de Mulheres Brasileiras
CEEMM – PE	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
DA	Diretório Acadêmico
DCE	Diretório Central dos Estudantes
ENCAA	Encontro Nacional de Coletivos e Ativistas Antiproibicionistas
FENSG	Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
FMPE	Fórum de Mulheres de Pernambuco
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexos, assexuais e mais
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RENCAA	Reunião de Coletivos e Ativistas Antiproibicionistas
RENFA	Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas
RMM	Razão de Mortalidade Materna

RMR	Região Metropolitana do Recife
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família
VER-SUS	Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	AUTORREFLEXÃO DA PESQUISADORA	12
1.2	REVISITANDO AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	FEMINISMO DA RESISTÊNCIA	18
2.2	MATERNIDADE, PARTOS E FEMINISMOS	19
2.3	O PARTO POR UMA PERSPECTIVA (DES)COLONIAL	21
3	OBJETIVOS	24
3.1	OBJETIVO GERAL	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4	MATERIAL E MÉTODO	25
4.1	DESENHO DO ESTUDO	25
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	25
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.5	COLETA DE DADOS	27
4.6	ANÁLISE DE DADOS	28
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6.1	OS MOVIMENTOS FEMINISTAS SE APRESENTAM	32
6.2	O PARTO NA PAUTA FEMINISTA	36
6.3	O CENÁRIO DA ATENÇÃO AO PARTO NO RECIFE E REGIÃO	39
6.4	ANSEIOS E EXPECTATIVAS: HUMANIZAÇÃO DO PARTO?	46
6.4.1	Desmedicalizar o parto e descolonizar o corpo	48
6.4.2	Justiça reprodutiva e combate à hierarquização das maternidades	50
6.5	ESTRATÉGIAS FEMINISTAS PARA INCIDIR NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO	52
6.5.1	Comunicação feminista e popular	54
6.5.2	Controle social das mulheres	55
6.5.3	Ocupação política dos espaços legislativos	58
7	CONCLUSÃO	61

REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ...	75
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	79

1 INTRODUÇÃO

1.1 AUTORREFLEXÃO DA PESQUISADORA

A enunciação dos caminhos que me aproximaram do tema desta pesquisa será o ponto de partida para a reflexão proposta ao longo da dissertação. E, apesar de seguir as regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), não poderia deixar de me posicionar em primeira pessoa nesta seção. Assim, assumo que o lugar de enunciação afeta as pesquisas e defendo o desenvolvimento de saberes localizados – corporificados, subjetivados e contextualizados social e historicamente (HARAWAY, 1995).

Apresento-me como uma mulher cisgênero, negra, bissexual e, no momento, estou com 26 anos de idade. Moro no Recife, em união estável com uma mulher e temos uma renda familiar de classe média. Acrescento ainda que sou enfermeira obstetra e militante feminista. Poderia traçar uma perspectiva mais pessoal para essa historicização, contudo, acredito que minha relação com a temática surgiu com meu ingresso na graduação, que irei discorrer a seguir.

Iniciei a graduação em enfermagem no primeiro semestre de 2013, na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) – Universidade de Pernambuco (UPE). Na primeira semana de curso vivenciei um acolhimento organizado pelo Diretório Acadêmico (DA) “IdentiDAde” e que, com certeza, aquele momento foi um divisor de águas. Ali fui apresentada à Enfermagem de uma outra forma e descobri que realmente queria seguir essa profissão. Além disso, fui apresentada a questões sociais, que até então eu não compreendia. Logo, o movimento estudantil tornou-se meu primeiro espaço de militância, ao passo que me formava profissionalmente. Uma formação em consonância com as diversas demandas sociais da nossa contemporaneidade, visto que a FENSG possui um projeto político pedagógico que desde do primeiro módulo, se discute aspectos importantes da sociedade e da própria determinação social da saúde.

Ainda em 2013, a partir de um debate organizado em parceria com o DA, conheci a Marcha das Vadias Recife¹. Fui me aproximando do feminismo, sempre

¹ Em 2011, após uma série de estupros na Universidade de York – Canadá, um policial declarou que “se as mulheres não se vestissem como vadias os estupros não aconteceriam”. Surge como uma

acompanhando as redes sociais e atividades do Coletivo Marcha das Vadias Recife², até que em 2016 aconteceu uma formação para novas participantes e passei a integrá-lo. Posteriormente, renomeada Coletiva das Vadias, a organização adotava³ uma perspectiva antissistêmica, anticapitalista, antissexista, antirracista, antiproibicionista, que valorizava a diversidade de orientação sexual e gênero. Esses princípios delimitam um campo de articulação feminista, que se mantém na população inclusa na pesquisa.

Nesse período, havia avançado alguns módulos na faculdade e tinha maior interesse na área da saúde da mulher, mais especificamente em obstetrícia. A partir da própria graduação em enfermagem e do movimento estudantil, comecei a compreender as problemáticas em torno do modelo de assistência ao parto. Enquanto coordenadora do DA, lembro-me de ter organizado um cine-debate sobre o filme “O Renascimento do Parto”, quando foi possível perceber um crescimento da discussão em torno de questões como a violência obstétrica e a alta taxa de cesáreas. Através do movimento feminista, outras questões saltaram aos meus olhos como o racismo obstétrico e a dificuldade de as mulheres mães participarem do feminismo organizado.

Durante a graduação, também fui atravessada por outras experiências como o projeto Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que através do seu processo de imersão me permitiu refletir sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em diferentes realidades, como rurais e indígenas. Outra experiência marcante, foi participar do Conselho Local de Unidade de Saúde do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM – UPE), enquanto representante das usuárias pelo Diretório Central dos Estudantes (DCE – UPE). Pelo olhar do controle social, pude compreender os avanços e desafios daquela

reação, a Marcha das Vadias (*Slut Walk*), que se espalhou pelo mundo. Variando em proporções e motivações, mas tendo em comum o combate à cultura do estupro e a não culpabilização das vítimas de violência sexual. No mesmo ano, aconteceu a primeira Marcha das Vadias em Recife, inicialmente organizada por ativistas independentes (CUENTRO, 2017).

² Após dois anos de marcha, as mulheres articuladoras do ato sentiram a necessidade de consolidar-se enquanto um coletivo. Com o objetivo de dar prosseguimento a construção de ações políticas coletivas para além do dia do ato, surge o Coletivo Marcha das Vadias Recife, em 2013 (CUENTRO, 2017).

³ Conjugo no pretérito, pois em 2022 a Coletiva das Vadias encerrou suas atividades; a pandemia da Covid-19 gerou uma desmobilização das integrantes, que seguiram por diferentes caminhos.

maternidade escola, em diálogo com a gestão, trabalhadores e outras usuárias – representantes de movimentos de bairro e feminista.

Segui com essas inquietações para a residência em Enfermagem Obstétrica, iniciada em 2018, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Imergindo na realidade obstétrica local, pude visualizar que, apesar do avanço nas políticas públicas, as melhorias propostas são pouco aplicadas na prática. Tomo como exemplo a dificuldade na implantação de Centros de Parto Normal (CPN), visto que desafiam o modelo hospitalocêntrico. Enquanto isso, a partir das articulações criadas pela Coletiva das Vadias, pude observar que as mulheres buscavam outras formas para se “empoderarem” nos seus processos de gestação, parto e puerpério, como a criação das rodas comunitárias para as gestantes compreenderem os aspectos fisiológicos da gestação, além dos seus direitos e outras questões importantes que possibilitassem escolhas orientadas nesse processo.

Essas vivências me permitiram visualizar a potência do movimento feminista para influenciar na implementação das políticas públicas de atenção ao parto e para melhor compreender esta relação iniciei o mestrado acadêmico em Saúde Pública com este projeto. Concomitantemente, em março de 2020, o mundo se deparou com a pandemia de Covid-19. Os efeitos negativos causados pelo coronavírus foram diversos e na educação não foi diferente, tive perdas irreparáveis no meu plano de estudos, além de ter que adaptar o projeto.

Ainda no ano de 2020, no ápice da pandemia, assumi o cargo de enfermeira obstetra em um CPN municipal e voltei a vivenciar na ponta os desafios para implementar uma assistência humanizada ao parto, agravados pelo contexto da Covid-19. Ao mesmo tempo, que observei o agravamento no cenário da atenção ao parto, com o aumento da taxa de mortalidade materna por Covid-19; identifiquei a atenção dos movimentos sociais voltando-se para a urgência das necessidades básicas da população como, por exemplo, o acesso à água e alimentação. Nesse cenário de crise, e em um governo alinhavado com perspectivas de extrema direita e com flertes ao autoritarismo, como o (des)governo do presidente Jair Bolsonaro, acreditar na relevância desta pesquisa foi o que me fez persistir até aqui.

1.2 REVISITANDO AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO

No Brasil, até os anos 80, a questão do parto era pouco debatida pelos movimentos feministas. O processo de redemocratização e a fundação de Organizações Não Governamentais (ONGs) – como Cais do Parto, SOS Corpo e Curumin, em Recife – criaram espaço para a reflexão crítica sobre a saúde da mulher⁴ e suas especificidades. Começava a aparecer não apenas a crítica à perspectiva médica sobre o corpo da mulher, mas também ao modelo de saúde pública (TORNQUIST, 2004).

A articulação de feministas com sanitaristas resultou na formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983 e representou a transição do conceito de saúde materno-infantil para o conceito de saúde integral da mulher (CARNEIRO, R., 2011). Paralelamente, no âmbito da Reforma Sanitária, se concebia o Sistema Único de Saúde (SUS) fruto de esforços de profissionais e militantes da saúde e sociedade civil junto à Assembleia Constituinte de 1988 (TORNQUIST, 2004).

O MS, a partir da década de 90, publicou portarias em prol da humanização da assistência ao parto (SANTOS, H.; ARAUJO, 2016). A Portaria nº 2.815 de 1998, refere-se à inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do parto normal sem distócia – aquele ocorrido sem qualquer intercorrência e ou complicações, realizado pela enfermeira obstetra (BRASIL, 1998). O CPN foi criado pela Portaria nº 985 de 1999, para o atendimento humanizado e de qualidade ao parto normal (BRASIL, 1999). Em 2000, a Portaria nº 569, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e estabelece estratégias para a redução de cesarianas (BRASIL, 2000).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em parceria com diversos setores da sociedade; ampliando a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, privadas de liberdade

⁴ A priori este trabalho irá focar na atenção ao parto voltada às mulheres cisgêneras (aquelas que se identificam com o gênero que lhe foi destinado ao nascer), entretanto, cabe destacar que pessoas transgêneras (aquelas que não se identificam com o gênero que lhe foi destinado ao nascer) com útero também podem gestar e parir. Reconhece-se que o avanço das políticas públicas passa pela superação da hetero-cisnormatividade reprodutiva (ANGONESE; LAGO, 2017).

e lésbicas (BRASIL, 2004). A Portaria nº 1.067 de 2005, através da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelece medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2005a).

Em 2005, Pernambuco apresentava um dos cenários de saúde materno-infantil mais alarmantes do país, inclusive superior aos índices nacionais. Como, por exemplo, o alto percentual (25,9%) de mães adolescentes, de gestantes sem consultas de pré-natal (3,4%), com uma a três dessas consultas (10,9%) e dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer (7,5%) (PERNAMBUCO, 2012). Entre as regiões com pior situação estava o Sertão do Araripe e foi onde surgiu o Programa Mãe Coruja, em 2007. Transformado em lei desde 2009, esse programa tem como objetivos a redução da morbimortalidade materna e infantil; qualificação da atenção integral e humanizada a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e a criança até o primeiro ano de vida; o fortalecimento dos comitês de investigação e prevenção da mortalidade materna e infantil; entre outros (PERNAMBUCO, 2009).

Alguns anos depois, em junho de 2011, o MS lançou a Rede Cegonha no âmbito nacional. Composta por um conjunto de medidas para garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e ao atendimento humanizado da gravidez ao puerpério, bem como à criança o nascimento e crescimento saudáveis (BRASIL, 2011). A escolha do nome “Rede Cegonha” parece ter ignorado o debate feminista de repolitizar a reprodução e a sexualidade, reforçando o materno-infantilismo na definição de prioridades políticas (DINIZ, 2013).

O maior acesso ao pré-natal e parto institucionalizados, também resultou no uso desmedido de intervenções. O que, segundo Simone Diniz (2013), maximizou a “produtividade” e a “eficácia” do setor obstétrico. O Brasil se destaca com a segunda maior taxa de cesáreas do mundo, mais da metade dos nascimentos ocorrem por essa via (BOERMA, 2018). Entre as gestantes que evoluem para o parto vaginal, grande parte fica restrita ao leito, faz uso de cateter venoso para a indução ou para a aceleração do trabalho de parto e ainda é submetida à episiotomia (LEAL *et al.*, 2019).

Apesar das controvérsias, os esforços do Brasil impulsionaram resultados positivos para a saúde das mulheres. No período entre 2017 e 2018, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 64,5 a 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos

(BRASIL, 2020). Entretanto, os problemas crônicos da assistência à saúde da mulher no país foram agravados pela postura negacionista do governo diante da pandemia de Covid-19 (SOUZA; AMORIM, 2021). O avanço do coronavírus aumentou a taxa de mortalidade materna; os óbitos aparecem associados a “recursos insuficientes, baixa qualidade pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica” (SOUZA; AMORIM, 2021, p. 259).

No atual cenário da saúde, intensifica-se a violação do direito das parturientes, além disso, os comitês de mortalidade materna ficaram fragilizados e muitos sem funcionar durante um período da pandemia (SOUZA; AMORIM, 2021, p. 259). Tornar-se fundamental, portanto, uma análise crítica no âmbito das políticas públicas para que não sejam unicamente resultados de movimentos hegemônicos do poder econômico. Ainda que se reconheça os limites da democracia, é necessária a ampliação da participação ativa das sujeitas a partir de uma perspectiva coletiva e unificada, como a dos movimentos sociais que lutam por uma transformação das práticas dominantes e pelo aumento da cidadania (SOUZA, 2014).

É a partir desse cenário, desse campo e dos seus desafios, que esta pesquisa foi orientada pela seguinte pergunta condutora: como os movimentos feministas atuam nas políticas públicas de atenção ao parto na Região Metropolitana do Recife (RMR)?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FEMINISMO DA RESISTÊNCIA

O feminismo luta para acabar com a opressão sexista e com a ideologia de dominação que permeia a sociedade em seus vários âmbitos (hooks, 2019). Conforme a socióloga e ativista Patrícia Hill Collins (2019, p. 33), o termo opressão descreve “qualquer situação injusta em que, sistematicamente e por um longo período, um grupo nega a outro grupo o acesso aos recursos da sociedade”. Constituem entre as principais formas de opressão as de raça, classe, gênero, sexualidade, nação, idade e etnia (COLLINS, 2011).

Porém, as mulheres vítimas de outras formas de opressão além do sexismo, permaneceram silenciadas e invisibilizadas pelo longo tempo em que o feminismo esteve prisioneiro de uma perspectiva eurocêntrica e universalizante das mulheres (CARNEIRO, S., 2011). As insurgências feministas (representadas pelo feminismo negro, interseccional, descolonial, entre outros) ampliaram a compreensão de como a opressão se manifesta dentro do tecido social, de modo que, além de promover a afirmação das mulheres em geral como sujeitas políticas, exigiram o reconhecimento da diversidade e desigualdade existente entre essas mesmas mulheres (SILVA; CONTE, 2021., CARNEIRO, 2011).

Importantes intervenções em relação à raça não destruíram o movimento das mulheres, mas o fortaleceram. Superar a negação de raça ajudou mulheres a encarar a realidade da diferença em todos os níveis. E finalmente construíamos um movimento que não colocava o interesse de classe de mulheres privilegiadas, principalmente brancas, acima dos interesses de todas as outras mulheres. Construíamos uma visão de sororidade em que todas as nossas realidades podiam ser faladas (hooks, 2018, p. 71).

Nesse sentido, além de conformar um pensamento crítico, o feminismo se desenvolveu como um movimento social abrangente (SILVA, 2016). Mas o que exatamente delimitaria um movimento social ou, no caso, o movimento feminista? Em parte, a dificuldade para responder à pergunta tem a ver com o fato de que o momento atual, dos feminismos plurais, cruza as fronteiras entre sociedade e Estado (ABERS; BÜLOW, 2011., ALVAREZ, 2014).

Enquanto os movimentos sociais tipicamente são teorizados como um componente mais ou menos central da sociedade civil, sustento que os movimentos feministas, ao igual que a maioria dos chamados movimentos sociais, geralmente se expandem para além da sociedade civil. Ancorados na sociedade civil e se ampliando lateralmente para abarcar diversas

instancias organizativas da mesma, eles muitas vezes também se estendem “verticalmente”, para assim dizer, em direção à sociedade política, ao Estado, e outros públicos dominantes nacionais e transnacionais (ALVAREZ, 2014, p. 17-8).

A partir dessa ótica de redes, o termo “movimentos feministas” está sendo utilizado neste trabalho para se referir às diversas expressões organizativas que resistem às formas de opressão e dominação. Aliás, diferentes estudos atribuem aos movimentos feministas o sinônimo de resistência, como se a opressão e a resistência estivessem intimamente ligadas de tal maneira que uma atinge a outra (SILVA, E.; CONTE, 2021; GÓMEZ; CORREA; ALVES, 2021). Para os movimentos feministas a resistência carrega significados de esperança e, alimenta a utopia na luta pela vida e pela garantia de direitos (GÓMEZ; CORREA; ALVES, 2021).

2.2 MATERNIDADE, PARTO E FEMINISMOS

A atenção que os movimentos feministas deram à questão do parto pode ser emparelhada, por analogia e dedução, à relação estabelecida entre feminismo e maternidade (CARNEIRO, 2011). Didaticamente é possível descrever essa temática em três momentos, entretanto, todos ainda podem ser identificados nos debates atuais (RODRIGUES, 2015). Destaca-se que as análises feministas sobre a maternidade refletem a perspectiva racial e de classe das participantes (hooks, 2019).

No primeiro momento, a maternidade foi reconhecida como um *handicap* (defeito natural) que restringia às mulheres a uma “bioclasse”. “O lugar das mulheres na reprodução biológica – gestação, parto, amamentação e consequentes cuidados com as crianças – determinava a ausência das mulheres no espaço público, confinando-as ao espaço privado e à dominação masculina” (SCAVONE, 2001, p. 138-39). O discurso feminista pós-guerra, que teve em Simone de Beauvoir uma das principais representantes, defendia a liberdade sexual, a liberação da prática da contracepção e do aborto. Essa abordagem situa-se na corrente do feminismo igualitário (SCAVONE, 2001).

O ataque das primeiras feministas à maternidade afastou grande parte das mulheres pobres e/ou não brancas, que encontravam na parentalidade uma das poucas relações de afirmação e afeto. Além disso, as mulheres negras sempre

trabalharam e certamente não foi a maternidade que as impediram de ingressar neste mercado. Outras questões – como o racismo, falta de emprego, falta de habilidades ou de formação – apresentavam-se como obstáculos para que essas mulheres pudessem ter uma identidade mais ampla e com todas as suas potencialidades (hooks, 2019).

Passado o impacto da recusa da maternidade, chega-se à “negação do *handicap*”, neste segundo momento, a maternidade se transmuta em uma espécie de poder insubstituível, reflexo da corrente do feminismo diferencialista (SCAVONE, 2001; CARNEIRO, 2011). Esse ressurgimento do interesse pela maternidade teve início na década de 1970, do lado positivo, houve uma necessidade de novas investigações teóricas e empíricas – suas principais autoras foram Nancy Chodorow, Dorothy Dinnerstein, Adrienne Rich, Helene Cixous, Luce Irigaray e Julia Kristeva (RODRIGUES, 2015). Outro aspecto positivo foi que as mulheres com filhos passaram a ser representadas nos movimentos feministas, embora com uma participação menos ativa. Pelo lado negativo, a maternidade foi romantizada, se apoiando muito em estereótipos sexistas (hooks, 2019).

No terceiro momento, verificou-se que “não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade” (SCAVONE, 2001, p. 141). A maternidade passa a ser abordada em suas múltiplas facetas, como um símbolo construído histórico, cultural e politicamente (SCAVONE, 2001). O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde defende que a maternidade não seja para as mulheres uma experiência compulsória, pleiteando-a como voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada (DINIZ, 2000).

Rosamaria Carneiro (2011), de acordo com os três blocos descritos acima, sintetiza as perspectivas dos movimentos feministas sobre o parto:

Inicialmente, a maternidade parece ter sido negada pelas feministas igualitaristas, poderia cogitar que a assistência dada ao parto também pode não ter merecido atenção, dado que pensar em parto significaria pensar, em algum sentido, em maternidade. Dessa forma, tendo à interpretação de que o questionamento acerca dos modos de parir poderia ter-se dado mais, ou com mais vagar, na corrente diferencialista, considerando que desta participaram feministas que viam na maternidade algo de potencial ou de singularmente feminino. Nesse conjunto hipotético, o terceiro momento abordaria a questão do parto para além do corpo da mulher, conjugada, talvez, às tecnologias reprodutivas, dado o caráter relacional preponderante nesta vertente (CARNEIRO, 2011, p. 241-42).

Os movimentos feministas passaram a olhar criticamente a assistência à gravidez e ao parto, e a pautar os temas ligados à maternidade como integrantes da agenda dos direitos reprodutivos (PIMENTEL *et al.*, 2014). “Havia um crescente reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, era vivida em condições de opressão relacionadas ao controle social das grávidas” (DINIZ, 2000, p. 37). O modelo hospitalocêntrico tem colaborado para relações de dominação de gênero, nas quais a mulher é vista como essencialmente “defeituosa” (DINIZ, 2000).

Centrado neste paradigma intervencionista-médico-cartesiano, o parto passou a ser tratado como patológico e arriscado, usando tecnologias de caráter desumano (MELO, 2017; DINIZ, 2000). Além disso, as mulheres reconheceram que esse modelo suprimia e ignorava as dimensões sexuais, sociais e espirituais do parto e do nascimento (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002). Os movimentos feministas aglutinaram a luta pela assistência humanizada e baseada em evidências, buscando a eliminação da violência presente no modelo hegemônico de atenção obstétrica e a reapropriação do protagonismo da mulher no parto (PIMENTEL *et al.*, 2014., DINIZ, 2000).

2.3 O PARTO POR UMA PERSPECTIVA (DES)COLONIAL

A crítica dos movimentos feministas ao modelo de atenção ao parto se inscreve também como uma crítica ao projeto colonial e, no intento de demonstrar essa relação, primeiro é preciso descrever em linhas gerais a lógica da colonialidade. Com o início do colonialismo nas Américas originou-se não apenas a organização colonial do mundo, mas, simultaneamente, o complexo cultural conhecido como racionalidade/modernidade europeia (CRUZ, 2017; QUIJANO, 1992). “Nesse processo, negaram-se e subalternizaram-se outras matrizes de racionalidades, outras formas de razão, outros projetos civilizatórios, outras cosmovisões, com outros saberes, linguagens, memórias e imaginários” (CRUZ, 2017, p. 16).

Esse paradigma não foi superado com o fim do colonialismo, como relação econômica e política; a colonialidade como relação social, cultural e intelectual permanece como o modo de dominação mais geral no mundo (CRUZ, 2017;

QUIJANO, 1992). Nessa perspectiva, a colonialidade é parte constitutiva da modernidade, que transicionou do colonialismo moderno à colonialidade global (CRUZ, 2017; CURIEL, 2020).

A colonialidade como um fenômeno amplo, atravessa o controle do acesso ao sexo, à autoridade coletiva, ao trabalho e à subjetividade/intersubjetividade, que violentamente inferiorizou as mulheres colonizadas (QUIJANO, 2002; LUGONES, 2020). A autora argentina María Lugones (2014), denomina a análise da opressão de gênero racializada capitalista de colonialidade do gênero e a possibilidade de superar a colonialidade do gênero de feminismo descolonial. “O feminismo decolonial se propõe a revisar e problematizar as bases fundamentais do feminismo, bem como ampliar conceitos e teorias-chave do que conhecemos como teoria decolonial” (CURIEL, 2020, p. 140).

Nesse sentido, algumas questões se destacam, sendo a primeira delas a ponderação acerca do conceito de colonialidade do poder. Quijano (2002) entende a colonialidade do poder como uma classificação social ancorada na noção de raça, que articulada ao capitalismo, ao Estado-nação e ao eurocentrismo, culmina no atual padrão mundial de poder. Dentro do quadro que o autor elabora, as relações de gênero também foram ordenadas em torno da colonialidade do poder (QUIJANO, 2014), apesar disso, Lugones (2020) aponta que Quijano reduz o gênero ao âmbito do “sexo, seus recursos e produtos”.

Entendo que Lugones esteja dizendo que para Quijano o colonizador almejava se apropriar do poder sexual que o nativo possuía sobre as mulheres nativas. Mas dessa forma estaria aceitando uma série de pressupostos problemáticos para uma perspectiva feminista, tais como o dimorfismo sexual, a heterossexualidade compulsória e a pressuposição de que nas comunidades originárias eram também somente os homens que possuíam o domínio das relações de poder (CASTRO, 2020, p. 160).

Além da classificação dos povos em termos de poder e de gênero, a autora compreende como hierarquia central da modernidade colonial a dicotômica entre o humano e o não humano, o processo de redução ativa que tornar o colonizado menos que ser humano (LUGONES, 2014). A invisibilidade e a desumanização são as principais expressões da colonialidade do ser, que se refere à experiência vivida da colonização e seu impacto na linguagem e na construção da subjetividade dos sujeitos (MALDONADO-TORRES, 2007).

Enquanto a colonialidade do ser corresponder a dimensão ontológica da colonialidade do poder, a dimensão epistêmica é representada pela colonialidade do saber, outro conceito que o feminismo descolonial retoma (CURIEL, 2020):

entendida como a repressão de outras formas de produção de conhecimento (que não sejam brancas, europeias e 'científicas'), levantando uma perspectiva eurocêntrica do conhecimento e negando o legado intelectual dos povos indígenas e negros (WALSH, 2005, p. 19).

Então, a partir dessa leitura, é possível situar a institucionalização médica do parto como produto da colonialidade. No Brasil do início do século XIX, despontaram as primeiras regulamentações da assistência obstétrica, com a criação de duas escolas de medicina que já possuíam no currículo a disciplina de partos (ROHDEN, 2006). Em 1822, a vinda da Corte Portuguesa ao país, reforçou o projeto moderno colonial de introduzir nas províncias costumes europeizados – em especial, nos âmbitos da família e da saúde (TORNQUIST, 2004). O desenvolvimento do modelo médico-hospitalar se intensificou na segunda metade do século XX, desqualificando práticas e conhecimentos locais por meio de dispositivos da colonialidade do saber, processo que levou à estigmatização das parteiras (MELO, 2017).

A entrada da figura masculina nesse universo, aliada ao caráter intervencionista da medicina, inscreveu a gestação e o parto na lógica da patologia. “A mulher passa a ser considerada não mais como um sujeito ativo e consciente, capaz de gestar e parir de acordo com seus desejos, mas um objeto passível do escrutínio médico e das instituições formais do cuidado (como o hospital)” (PIMENTEL *et al.*, 2014, p. 170). Ocorreu um processo de colonialidade do ser, diante da depreciação e vitimização das mulheres (PIMENTEL *et al.*, 2014).

Hoje, a assistência obstétrica ainda é profundamente marcada pela técnica como mediadora do cuidado, que normatiza e padroniza o evento do parto. No entanto, contrário a essa lógica produtivista e colonial, existe o movimento pela humanização do parto e nascimento. Alinhado com os movimentos feministas, a humanização defende um modelo centrado na experiência feminina, baseado em evidências científicas e aberto para epistemologias de outros sistemas de cura (MELO, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação dos movimentos feministas nas políticas públicas de atenção ao parto na RMR.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Discutir as concepções de parto dos movimentos feministas;
- b) Descrever a atenção ao parto, na perspectiva dos movimentos feministas;
- c) Delinear as proposições dos movimentos feministas relacionadas as políticas públicas de atenção ao parto;
- d) Caracterizar as estratégias de participação dos movimentos feministas nas políticas públicas de atenção ao parto.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa é capaz de aprofundar o caráter social, os atos e as relações que envolvem as construções humanas. A escolha dessa abordagem se deu pela possibilidade de explorar as percepções, concepções e práticas dos movimentos feministas no campo das políticas de assistência ao parto.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

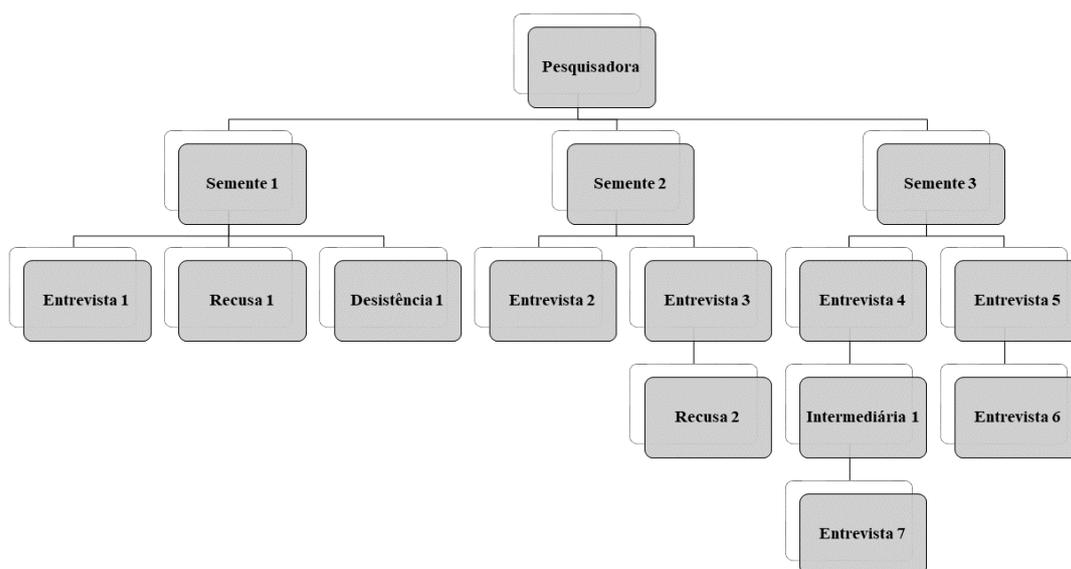
A RMR constitui uma unidade organizacional, geoeconômica, social e cultural constituída pelo agrupamento de 15 municípios (PERNAMBUCO, 2018). O estudo situou-se na RMR visto que, especialmente a capital, Recife, apresenta uma longa trajetória de participação dos movimentos feministas, que tem sido renovado com o surgimento de outros coletivos feministas e seus diversos processos de luta (SILVA, 2016). O ponto de partida para o mapeamento desses movimentos foi o Fórum de Mulheres de Pernambuco (FMPE), escolhido por ser um movimento feminista e antirracista, de âmbito estadual que articula sujeitas coletivas (ONGs, associações de bairros) e individuais (militantes, ativistas). O FMPE atua no sentido de dar visibilidade às necessidades das mulheres, de modo a buscar a garantia efetiva e permanente dos seus direitos e a transformação social (FÓRUM DE MULHERES DE PERNAMBUCO, 2013).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Constituiu o sujeito da pesquisa movimentos feministas atuantes na RMR que possuem articulação com a temática do parto, sendo que cada movimento teve uma pessoa como representante. Foi utilizada a técnica *snowball*, ou bola de neve, técnica não probabilística, que utiliza cadeias de referência para localização das participantes (VINUTO, 2014). Seguindo Abers e Bülow (2011) as fronteiras organizacionais desta análise não foram definidas a priori, mas sim pelo formato das redes de ação coletiva que existem na prática.

A pesquisadora iniciou seus contatos no FMPE, e constam na Figura 1 apenas as mulheres com quem houve um contato mais direto e que foram as informantes-chaves, nomeadas como sementes. Posteriormente, as representantes dos movimentos indicados pelas sementes indicaram novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal. No total, foram realizadas sete entrevistas; houveram duas recusas, pois as representantes contatadas avaliaram que aqueles movimentos não tinham conexão suficiente com o tema para participarem da pesquisa; além de uma desistência, pois a representante indicada pelo movimento apresentou questões de saúde, que transpôs o período de coleta. O processo foi finalizado de acordo com o critério de ponto de saturação, quando não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (VINUTO, 2014).

Figura 1 – Cadeia de referências sobre a identificação das participantes. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: mulheres representantes de um movimento feminista, que residam na RMR e tenham a partir de 18 anos de idade. A princípio

foram definidos os seguintes critérios de exclusão: mulheres sem acesso à tecnologia adequada para a realização da entrevista on-line e aquelas que participassem a menos de seis meses daquele movimento. No entanto, nenhuma participante foi excluída.

4.5 COLETA DE DADOS

A Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus denominado SARS-CoV-2, rapidamente gerou uma pandemia. Devido a sua alta transmissibilidade, fez-se necessário a adoção de medidas rígidas de distanciamento social (OMS, 2020). Enquanto perdurasse a pandemia, a coleta de dados presenciais estava inviabilizada. As pesquisas precisaram se adequar a essas novas condições, nesse cenário, despontam alternativas tecnológicas (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020). Portanto, visando a segurança sanitária da pesquisadora e participantes, houve uma preferência pela coleta de dados on-line, realizada entre janeiro e março de 2022.

Inicialmente a pesquisadora participou de duas reuniões do FMPE, mediante anuência da coordenação e, foi empregada a técnica de observação participante com registro em caderno de campo. A técnica de observação participante foi parte essencial do trabalho de campo, pois permitiu captar uma variedade de fenômenos, como a identificação de lideranças (sementes) e de percepções da pesquisadora sobre o fenômeno investigado e que se colocava nas discussões, reuniões e engajamentos com as participantes (MINAYO, 2014). Essas informações foram anotadas sistematicamente no caderno de campo. Nos encontros virtuais, foi iniciada a cadeia de referências descrita acima (Figura 1) para o desenvolvimento das entrevistas individuais.

Complementada ainda pela técnica da observação participante, foram realizadas as entrevistas. Essas partiram da elaboração de um roteiro semiestruturado (Apêndice 1), que serviu de orientação para a informante discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2014). As entrevistas aconteceram por meio de videoconferência, através da plataforma Zoom. Cada entrevista teve duração média de 57 minutos e foi gravada para posterior transcrição. Assim que concluída a entrevista, a pesquisadora responsável fez “o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local,

apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou ‘nuvem’” (BRASIL, 2021a, p. 3).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A proposta hermenêutica-dialética foi escolhida, por entender-se que, a mesma combina um quadro referencial mais completo para a análise de dados qualitativa. A hermenêutica busca a compreensão dos textos (em sentido amplo), enfatizando o que é consensual. A dialética, por sua vez, busca os núcleos contraditórios (MINAYO, 2014). Habermas foi o primeiro a propor esse movimento interativo entre hermenêutica e dialética, para o filósofo “a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e crítica” (HABERMAS, 1987 *apud* MINAYO, 2014, p. 167). Nota-se as seguintes complementaridades entre as duas:

(a) ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; (b) ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; (c) ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; (d) ambas ultrapassam as tarefas de serem simples ferramentas para o pensamento e (e) ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho (MINAYO, 2014, p. 168).

Minayo (2014) operacionalizou a proposta hermenêutica-dialética em dois níveis de interpretação. O primeiro nível de interpretação deve ser mapeado na fase exploratória da investigação e diz respeito ao contexto sócio-histórico do grupo em questão. Esse momento de busca começou a ser tecido através da atuação da pesquisadora enquanto militante feminista, consolidando-se com o mapeamento dos movimentos e reconhecimento de suas concepções a respeito do tema em questão.

O segundo nível de interpretação é o ponto de partida e o ponto de chegada da análise, baseia-se no encontro com os fatos surgidos na investigação. A autora ainda organiza esse segundo momento em torno de três fases:

1. Ordenação dos dados: engloba a transcrição das entrevistas, a leitura do material, a organização dos relatos e dos dados de observação em determinada ordem.

2. Classificação dos dados: o processo é de releitura exaustiva dos textos, estabelecendo interrogações para identificar “unidades de sentido” em cada entrevista ou documento.
3. Análise final: consiste em estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, retomando as hipóteses e objetivos iniciais (MINAYO, 2014)

Utilizou-se a Nuvem de Palavras como ferramenta suplementar à análise dos dados, essa consiste em uma representação gráfico-visual de palavras agrupadas em fontes de vários tamanhos, indicando em função da frequência o que é mais relevante e o que é menos relevante no contexto (VILELA; RIBEIRO; BATISTA, 2020). Após a transcrição e readequação do texto, retirando os termos comuns do idioma português e evidenciando apenas as classes de palavras que carregam sentidos, a Nuvem de Palavras foi gerada pelo website infogram.com. Na análise final emergiram quatro categorias analíticas, elaboradas pelo critério de relevância com base no objetivo e na literatura científica orientadora do estudo: a) O parto na pauta feminista; b) O cenário da atenção ao parto no Recife e região; c) Anseios e expectativas: humanização do parto? d) Estratégias feministas para incidir nas políticas de atenção ao parto.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510 de 2016, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016). Além disso, foram aplicadas as orientações para procedimentos em pesquisas virtuais, da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS. A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fiocruz Pernambuco, com número de parecer 5.140.79.

Frente a atual situação da pandemia, previamente descrita, cada candidata a participante da pesquisa recebeu um convite individual por e-mail (com apenas um remetente e um destinatário). Juntamente com todas as informações cabíveis sobre a pesquisa, foi apresentado o roteiro da entrevista, para uma tomada de decisão informada. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) on-line seguiu no convite por meio de um “Formulário Google” (Apêndice 2), que foi retomado na entrevista antes da participante responder as perguntas. Sem a possibilidade de assinatura física, o campo de consentimento pós-informação explicava que “Ao clicar no botão abaixo, a senhora concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

Todas as mulheres que aceitaram participar voluntariamente da entrevista, foram resguardadas pelos princípios do sigilo e anonimato. Deste modo, manteve-se verdadeiro apenas os nomes dos movimentos, mas os nomes das representantes entrevistadas foram substituídos por nomes fictícios escolhidos por elas mesmas. Alinhando-se ao referencial teórico apresentado anteriormente, as mulheres são reconhecidas como sujeitas e coautoras, assim ao escolherem seus nomes substitutos podem se reconhecer no texto final (KRAMER, 2002; RODRIGUES, 2015).

Segundo a resolução CNS 510/16, toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco (BRASIL, 2013). Espera-se que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos de: desconforto ao falar sobre a maternidade, o parto e suas questões, que podem esbarrar em aspectos pessoais; além do cansaço devido ao tempo que levará para responder às perguntas do questionário semiestruturado. Para evitar ou reduzir essas condições adversas, a pesquisadora elaborou o conteúdo

da entrevista com minucioso cuidado e se comprometeu com um modo de aplicação cauteloso.

Destaca-se aqui os riscos característicos do uso de meios eletrônicos e ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas a pesquisadora não pode assegurar total confidencialidade e reconhecem o potencial risco de sua violação (BRASIL, 2021a). Para que esses riscos fossem minimizados, foi acordado com a entrevistada o momento ideal para a coleta, atendendo algumas medidas (minimizar perturbações no local, utilizar fones de ouvido, evitar uso paralelo de aplicativos).

Espera-se que os resultados obtidos a partir desta pesquisa possam contribuir para melhoria do planejamento, gestão e assistência dos serviços de atenção ao parto, de acordo com as políticas públicas vigentes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 OS MOVIMENTOS FEMINISTAS SE APRESENTAM

Foram entrevistadas representantes de sete movimentos feministas, que abaixo serão apresentados a partir das informações colhidas nos depoimentos, e em seguida, será realizada a apresentação e discussão das categorias analíticas que emergiram da análise hermenêutica-dialética.

Aurora apresenta o **Fórum de Mulheres de Pernambuco**, que surgiu no final da década de 1980, durante o período de transição democrática e processo constituinte; o movimento reunia ONGs, associações de bairros, grupos de mulheres e feministas sem vínculos institucionais. Muito influenciado pelo momento político do Brasil, o fórum inicia sua luta por políticas públicas para as mulheres, especialmente nas áreas da saúde e do enfrentamento a violência. Processo que reverberou nos preparativos para a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em setembro de 1995, em Beijing, na China.

Durante seus quase 33 anos de história, múltiplas mudanças ocorreram e o ano de 2014 principiou um novo momento político, quando o fórum começou a ser composto apenas por militantes e as organizações passaram a ser parceiras. Atualmente, o movimento agrupa em média 350 militantes em todo o estado de Pernambuco, sendo que cerca de 100 destas estão concentradas na RMR.

Nós não somos mais um espaço de representação, porque diferente do início quando o fórum reunia várias organizações e meio que era como se fosse uma frente ampla (vamos dizer assim), depois a gente vê se construir um movimento que tem uma carta de princípios, que tem uma base norteadora e que segue os mesmos rumos. Então não dá para você estar ali enquanto organização, porque às vezes a organização pode discordar daquilo, mas a militante não. Se ela discordar, ela vai confrontar ali internamente, mas não como organização (Aurora, representante do FMPE).

Entende-se que nos últimos dez anos o respectivo fórum não teve um objeto exclusivo de luta, visto que a sociedade tem exigido uma atuação cada vez mais intersetorial. Mas é possível citar algumas frentes na RMR, por exemplo, existe a luta pelos territórios e por água, o levante contra o feminicídio, além da luta pelo acesso à vacina e renda básica, que surgiu na pandemia.

O fórum ele busca a transformação da sociedade pelo feminismo. E aí esse feminismo a gente entende como um feminismo popular, como um feminismo

plural, um feminismo das mulheres que estão nos bairros, das mulheres trabalhadoras rurais (Aurora, representante do FMPE).

Clara apresenta o **Grupo Curumim**, uma ONG criada em Recife, no ano de 1989, por quatro mulheres, que começaram a desenvolver essa organização a partir de suas experiências pessoais de gestação, parto, aborto e maternidade. A partir dessa proposta inicial, o grupo consolidou-se criando campanhas sobre mortalidade materna, ações pela humanização do parto e nascimento, e projetos com parteiras tradicionais.

Hoje, numa perspectiva mais ampla, a organização trabalha pelo fortalecimento da cidadania das mulheres, em todas as fases de sua vida. Seus projetos são desenvolvidos com base em seis eixos: 1) enfrentamento ao racismo; 2) enfrentamento às desigualdades de gênero e classe; 3) direito à educação laica, antirracista e com respeito à diversidade; 4) geração de renda e empoderamento das mulheres; 5) direito à saúde integral e equânime; 6) direitos sexuais e direitos reprodutivos.

O Grupo Curumim conta com apoio técnico de um Conselho Consultivo formado por profissionais e especialistas da área de comunicação, educação, saúde e ciências sociais e de representações do público beneficiado direto de sua ação como parteiras, jovens, mulheres vivendo com AIDS [Síndrome da Imunodeficiência Humana], mulheres lésbicas, negras, dentre outras. Integram o Grupo Curumim mulheres jovens e adultas, com cursos universitários, pós-graduação e técnicos, estudantes do nível superior, médio e fundamental. O grupo de sócias efetivas e colaboradoras vem conduzindo para uma gestão de forma colegiada (GRUPO CURUMIM, 2022).

Dandara apresenta a **Rede de Mulheres Negras de Pernambuco**, fundada em 2016, como resultado direto da “Marcha das Mulheres Negras contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver” que ocorreu no ano anterior. A rede traz em sua identidade a intersecção do enfrentamento ao racismo e ao machismo, “várias de nós também vai trazer outras fontes de intersecção como, por exemplo, a mulher idosa, a mulher lésbica, nem vou dizer as mulheres pobres, porque a maior parte das nossas companheiras são de bairros periféricos e são pobres” (Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco). Os pilares que sustentam sua atuação são a identidade, a ancestralidade e a resistência. Atualmente, reúne cerca de 100 mulheres no estado de Pernambuco, sendo que em média 70 estão na RMR.

Rute apresenta a **Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)**, começando pelo coletivo local de Pernambuco, que tem uma história prévia à própria RENFA. O Coletivo Antiproibicionista de Pernambuco foi criado em 2013:

O pessoal que organiza a Marcha da Maconha aqui no Recife [...] se juntaram e aí viram que necessitava dessa frente [...] ainda era aqui mais um espaço de homens brancos e aí elas [mulheres ativistas] viram essa necessidade e se organizaram (Rute, representante da RENFA).

A inquietação com a condução centralizada pelos homens, que inibiam debates sobre o feminismo, aumentou na Reunião de Coletivos e Ativistas Antiproibicionistas (RENCAA) de 2014. Logo, as mulheres se reuniram e começaram a articular a RENFA. Mas foi apenas em 2016, durante o Encontro Nacional de Coletivos e Ativistas Antiproibicionistas (ENCAA), que aconteceu a plenária de fundação da RENFA. A rede atua com o objetivo de transformar o sistema de opressão racista, patriarcal e capitalista, em especial no campo das políticas de drogas (REDE NACIONAL DE FEMINISTAS ANTIPROIBICIONISTAS, 2022).

Destaca-se que o movimento “defende o direito à autodeterminação reprodutiva para as mulheres e pessoas com útero e direito ao aborto legal, seguro, público e gratuito, justiça reprodutiva, maternidade antiproibicionista” (REDE NACIONAL DE FEMINISTAS ANTIPROIBICIONISTAS, 2022). Rute compartilha a experiência local de acolhimento às mães (mães atípicas, mães do cárcere, mães da favela, mães classe média) como uma forma de incidir no meio antiproibicionista.

Poliana apresenta o **Coletivo Jardim Resistência**, formado em 2017, no Bairro de Jardim Piedade – município Jaboatão dos Guararapes. “Veio através do pedido da favela [...] desse fruto mulheres da favela”, descentralizando o ativismo da capital, o coletivo começa articulando espaços de poesia e debate. Chama a atenção que na época uma das fundadoras estava grávida e desenvolveu na Unidade de Saúde da Família (USF) rodas de conversa, além da doação de enxovais.

“[...] aí a gente construiu também um espaço, que foi o Espaço Jardim Resistência, que era uma casa onde a gente trocava vivências com mulheres de periferia, pessoas LGBTQIA+ [...]. A gente tentou montar uma biblioteca comunitária e a gente não conseguiu fazer, porque a gente não teve recursos mesmo. Mas assim foi um espaço de construção muito massa e foi aí que chegam os homens trans do coletivo” (Poliana, representante do Coletivo Jardim Resistência).

Iniciado apenas por mulheres, hoje é composto por cinco mulheres e três homens, o coletivo tornou-se misto em um processo de aprendizado e troca:

A gente viu que não tinha como não ter eles, porque era um contexto de lidar diretamente com a juventude [...] as mulheres quererem que os filhos homens façam parte desse processo de cuidado também (Poliana, representante do Coletivo Jardim Resistência).

As pautas das mulheres da periferia e da maternidade continuam sendo centrais, mas o foco para 2022 é a juventude e o processo eleitoral.

Janis⁵ apresenta o **Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM – PE)**, articulado em 1991 a partir de ONGs feministas, da academia e do CISAM. A oficialização veio em 1995, por meio de uma Portaria Estadual que estabeleceu o controle da mortalidade materna. Janis (representante do CEEMM – PE) relembra:

Teve uma grande discussão ao nível das academias, dos profissionais de saúde envolvidos e dos movimentos para que obrigasse as gestões a considerar morte materna como um evento de extrema importância, que mostra as falhas e as lacunas nos sistemas de saúde para as mulheres.

Os comitês de mortalidade materna se estabeleceram como organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que têm como finalidade analisar os óbitos maternos e definir medidas preventivas. Representam, também, um importante instrumento de informação, educação e mobilização (BRASIL, 2009). Desde o princípio, o CEEMM – PE é composto por uma coordenação colegiada, que conta com representantes da secretaria de saúde, de instituições acadêmicas e do movimento feminista.

É bem regular assim, quer dizer, nós tentamos ampliar o debate para o maior número de profissionais, conseguimos. Mas muitas vezes tem os comitês que são só a coordenação que se reúne. Quando tem problemas grandes a gente chama todo mundo! (Janis, representante do CEEMM – PE).

⁵ Destaca-se que, dentro do CEEMM – PE, Janis representa o movimento feminista pelo FMPE.

Flor de Hibisco⁶ apresenta uma **Mandata da Câmara do Recife**⁷, “assim mandata no feminino por uma questão de subversão dessa linguagem do masculino mandato”. A mandata iniciou em 2021 e se define como popular, antirracista, jovem, feminista, LGBTQIA+, anticapacitista, que inclui as religiosidades e credos diversos, e que enxerga as crianças como sujeitos de direitos.

Eu fui a coordenadora na campanha do programa, então era uma coisa que, de fato, essa filiação eu percebi muito forte *na atual vereadora* e por sua vez isso foi sendo construído na mandata que é essa coisa de feminista, antirracista e popular, uma mandata nesse tripé. Dentro desse tripé a gente também vê outras questões de desigualdade, a gente vê a LGTBfobia, o capacitismo (Flor de Hibisco, representante de uma Mandata da Câmara do Recife).

A mandata é composta pela vereadora e mais 22 pessoas que se dividem em cinco núcleos: comunicação, institucional, legislativo, mobilização e pesquisa. No seu primeiro ano atuou fiscalizando serviços, aprimorando o orçamento da cidade, criando projetos de lei, realizando audiências públicas, participando de comissões e frentes parlamentares, entre outras atividades. Essa agenda cobriu diversos eixos, mas destaca-se que desde o programa é defendido o direito a uma gestação e parto com dignidade.

6.2 O PARTO NA PAUTA FEMINISTA

Sabe-se que o FMPE foi o ponto de partida para a execução do campo deste estudo então, em agosto de 2021, a pesquisadora participou de uma reunião para apresentar o projeto e solicitar a anuência do grupo. Naquela ocasião, uma militante ponderou que as reuniões ordinárias (que constituíram material da observação participante) não teriam elementos relacionados ao tema da pesquisa. Aquele comentário fez o grupo refletir que o fato de não se tratar sobre a atenção ao parto era em si um dado relevante. A partir de então, surge o primeiro desafio desta investigação, identificar se e como a discussão sobre atenção ao parto estava presente (ou não) nas pautas dos movimentos feministas da RMR.

⁶ Na equipe da mandata, Flor de Hibisco coordena o Núcleo de Pesquisa. A mesma tem envolvimento com o movimento feminista, o que dialoga com pautas e lutas representadas pela mandata.

⁷ Optou-se por essa identificação para preservar o anonimato da vereadora.

A pesquisadora participou de outras duas reuniões do FMPE, em janeiro e fevereiro de 2022. Na primeira, entre outros assuntos, foi conversado sobre quais eixos o grupo considerava importante levar para a construção do Dia Internacional de Luta das Mulheres e um deles foi o mote da justiça reprodutiva. O ato do oito de março é organizado coletivamente por diversos movimentos, cada qual leva suas propostas que são unificadas nas ruas e em um manifesto. Segue um fragmento do manifesto que contempla a questão da justiça reprodutiva:

Precisamos nos manter lutando pela legalização e descriminalização do aborto. Tanto a nível nacional quanto a nível local vemos uma tentativa de criminalização total do aborto por meio do legislativo, no executivo, e no judiciário. Os fundamentalistas atacam diretamente os direitos sexuais e reprodutivos. Pela justiça reprodutiva, contra o controle dos nossos corpos, que impede mulheres de exercerem a maternidade de forma segura, impactando principalmente as mulheres negras, de periferia, que também são as mais criminalizadas (ORGANIZAÇÃO DO 8 DE MARÇO RECIFE, 2022).

A partir do trecho acima compreende-se que a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos é significativa para as mulheres do Recife, mas nem sempre a questão da atenção ao parto está no centro das reivindicações. Rute (representante da RENFA), explana:

Eu acho que – eu posso até está falando errado, me arriscando – mas eu acho que a pauta do aborto aqui [na RMR] é mais organizada do que a do movimento pelo parto sabe, pelo parto humanizado.

No Brasil a criminalização do aborto, com apenas três exceções, expõe as mulheres a práticas clandestinas que comprometem suas vidas em vários âmbitos (LIMA; CORDEIRO, 2020). Então, não é por acaso que o aborto é uma pauta essencial para grande parte dos movimentos feministas, como consta na fala a seguir:

Essa atuação do movimento foi importante, porque na década de 90 o aborto era a principal causa de morte materna em Recife. E era assim, Recife e Salvador disputavam primeiro lugar de morte materna por aborto. Salvador infelizmente ficou, continuou e ainda é bem grave lá a mortalidade por aborto e aqui a gente tem ano que não morre nenhuma mulher por aborto, então porque tem informação (Clara, representante do Grupo Curumim).

Esse histórico de luta pelo direito ao aborto e pela saúde da mulher também foi resgatado na reunião de fevereiro do FMPE, que foi um espaço de memórias sobre a atuação do movimento. Entretanto, de fato, o tema específico da atenção ao parto não foi abordado em nenhuma das duas reuniões. Após as reuniões, através da cadeia de

referências a pesquisadora aproximou-se dos outros movimentos: o CEEMM – PE que tem uma atuação específica vinculada a assistência ao parto; o Grupo Curumim que ampliou suas ações, mas aquelas relacionadas ao parto continuam em destaque; os demais movimentos mantêm uma conexão mais frouxa com a temática. Aurora, representante do FMPE, apresentou algumas considerações sobre a abrangência da luta feminista:

É difícil a gente dizer vamos fazer essa luta [do parto], porque as coisas atropelam sabe. Elas atropelam num nível que quando você está lá lutando para que a menina de dez anos do Espírito Santo consiga fazer o aborto, ao mesmo tempo tem um PL [Projeto de Lei] dizendo que o CISAM não vai receber mais o repasse de 30% das verbas que são destinados para manutenção do hospital. Então, e aí a emergência? O que é que você vai fazer? Como é que você faz? Então tem todas essas nuances.

Em termos de emergência, desde o início da pandemia, os movimentos sociais precisaram voltar-se para ações de solidariedade e luta contra a Covid-19. O estudo de Afonso (2021), sobre a resposta dos movimentos sociais feministas à pandemia de Covid-19, revelou que – a despeito do acirramento das desigualdades – as mulheres se reinventaram para fortalecerem umas às outras através de reuniões e ações políticas adaptadas ao formato on-line, reivindicações pelo auxílio emergencial e por vacina para todas, arrecadação financeira e distribuição de cestas básicas. As falas abaixo reforçam o exemplo do cuidado como resistência à política hegemônica atual:

Quando a pandemia estava muito forte em 2020, a gente fez uma reunião ampla com todas as companheiras e a gente discutiu como ia ser nossa incidência política no momento pandêmico [...]. Porque a gente tem, dentro da nossa rede, companheiras que não têm acesso nem a máscara, a gente que precisa estar se cotizando, se organizando pra fazer as coisas. Assim como a gente vem fazendo o apoio emergencial durante a pandemia e agora com a articulação com a Coalisão Negra por Direitos a gente vem fazendo o acompanhamento das famílias de nossas companheiras mesmo (Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco).

A questão alimentar é outra coisa que está pesando muito, que desde do processo de pandemia a gente parou a maioria da construção assim por conta disso, tentar garantir essa segurança alimentar que é um processo extremamente cansativo que é super indefinido assim de se conseguir (Poliana, representante do Coletivo Jardim Resistência).

Diante do exposto, percebe-se que houve um “descentramento” na pauta da maioria dos movimentos feministas analisados. A tematização do parto, ou a ausência dela, pode ser lida de acordo com os momentos descritos no referencial teórico. É

possível identificar a defesa da autonomia sexual e do aborto, contudo a maternidade e o momento do parto não são negados.

6.3 O CENÁRIO DA ATENÇÃO AO PARTO NO RECIFE E REGIÃO

Os movimentos feministas, tendo como base relatos de experiência e visitas às maternidades, fazem uma avaliação negativa com relação a organização e qualidade da rede obstétrica na RMR. Ana Silva *et al.* (2017) ouviu mil usuárias e também reconheceu uma situação crítica no modelo de assistência ao parto do Recife. Sobre essa questão, foi utilizada a Nuvem de Palavras, representada na Figura 2, para demonstrar os termos que possuem relação com o fenômeno investigado e que estavam presentes nas entrevistas.

Figura 2 – Nuvem de palavras sobre a rede obstétrica da RMR. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022.



Fonte: A autora (2022).

As palavras “caos, precarização e colapso” correlacionam-se e revelam uma desorganização do sistema de saúde para atender as mulheres em trabalho de parto: “elas precisam se deslocar entre vários hospitais, durante horas, para poder conseguir

atendimento e um atendimento precário” (Aurora, representante do FMPE). No ano de 2019, 77% dos partos da RMR ocorreram na cidade do Recife (BRASIL, 2019a); intensa migração das gestantes e vazios assistenciais são consequências da concentração das maternidades de Pernambuco na capital (SILVA, A. *et al*, 2017).

A gente se organiza, monta um esquema, monta uma estrutura de apoio: ‘Vai para esse hospital que é menos ruim’; ‘Ali tem tal profissional, vá para esse’; ‘Vamos tentar nesse’. Mas, assim, não é tão simples. Quando chega eles negam internação, às vezes para você ter até em um hospital que seja mais de referência você não consegue acessar ele, eles te jogam para onde quer (Rute, representante da RENFA).

A necessidade de reestruturar a rede obstétrica remonta a criação da Rede Cegonha em 2011, o programa dispunha de um financiamento considerável para garantir leitos hospitalares e investir em CPNs sob o cuidado de enfermeiras obstetras (DINIZ, C. *et al.*, 2018). O CPN objetiva promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto normal sem distocia. A Portaria nº 11/2015 dispunha sobre as diretrizes para implantação e habilitação de CPN, em conformidade com o Componente “Parto e Nascimento” da Rede Cegonha. Contudo, Janis (representante do CEEMM – PE) pondera sobre as dificuldades para aplicação do financiamento previsto:

Em plena Rede Cegonha, o estado e os municípios tinham recebido muito dinheiro para fazer a melhoria. Muitas vezes investiram [o dinheiro financiado] três anos depois, porque tinha que reembolsar [...] O CPN do *hospital filantrópico* saiu porque eles tinham que devolver o dinheiro, mas aí com a pandemia fechou. Camaragibe recebeu desde 2011 dinheiro para fazer o CPN, resolveram fechar a maternidade, está entendendo? Receberam mais de 500 mil para fazer o CPN. Aí teve Ministério Público, reabriu, fecharam, aí finalmente abriram seu CPN (grifo da autora).

A fala acima introduz um paradoxo da pandemia, que foi a desativação dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, como parte das medidas de enfrentamento ao Covid-19. A grave crise política brasileira modulou um sistema de saúde que não prioriza as mulheres, além da limitação do serviço pré-natal e fechamento de maternidades, houve redução de testes de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), de assistência contraceptiva, de combate à violência de gênero e de aborto legal (REIS *et al.*, 2020).

A pandemia só agravou a situação das mulheres [...]. Foram abertos vários hospitais de campanha e para as mulheres pelo contrário, as mulheres perderam os espaços [...] então você tem aí uma reorganização muito

negativa do Covid e você não tem uma perspectiva de abrir um hospital de campanha para gestantes sabendo que a gestação foi considerada alto risco para o Covid (Flor de Hibisco, representante de uma Mandata da Câmara do Recife).

Frente a situações de emergência pública, como a pandemia de Covid-19, a prioridade em dar respostas biomédicas negligencia as iniquidades de gênero, raça e classe (REIS *et al.*, 2020). Cotidianamente mulheres de raça/cor preta e parda, quando comparadas às brancas, possuem maior risco para falta de vinculação à maternidade, peregrinação para o parto e ausência de acompanhante (LEAL *et al.*, 2017). Dandara (representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco), em sua alocução a seguir, discorre sobre esse aspecto:

A gente sabe que a atenção ao parto está extremamente precarizada [...] que sobrecai em cima dos corpos das mulheres negras, porque elas sofrem a intersecção do machismo, do racismo e do classismo. A hora do parto, a hora de maternar, já é um momento de vulnerabilidade das mulheres negras e que nesse contexto essa vulnerabilidade fica muito mais violenta e insegura.

Além da dimensão sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde, há uma preocupação com a atenção obstétrica, que é atravessada pela violência. Rute, nesse sentido, pontua que:

Sempre foi motivo da gente se preocupar. Aqui em Pernambuco o índice de violência obstétrica é bem alto e aí a gente, as mães mais faveladas assim, que vive nesse meio, a gente sempre sofre mais a violência.

No ano de 2010, a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” revelou que, uma a cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência no parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO, 2010). Desde então, ampliou-se o debate sobre os desrespeitos e abusos no parto, que mais recentemente têm sido referidos como violência obstétrica (DINIZ, *et al.*, 2018). O termo foi documentado pela primeira vez na lei venezuelana sobre o direito das mulheres a uma vida sem violência:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade,

impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, p. 8, tradução nossa)⁸.

Há uma disputa semântica em torno dos termos utilizados (parto desumanizado, desrespeito e abuso no parto, etc.) e a nomeação da violência obstétrica no Brasil foi impulsionada pelos movimentos sociais (DINIZ, *et al.*, 2018), como relembra Aurora (representante do FMPE):

O Fórum também sempre foi envolvido com a discussão da violência obstétrica. Desde o início com o Grupo Curumim, que foi um dos percursores na nomenclatura – vamos dizer assim, de denunciar que é violência, por mais que a classe médica diga que não é.

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018) enrevesa o significado da violência obstétrica, considerando que a expressão agride a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, estigmatiza e transforma os procedimentos médicos em atos de violência. No esteio do CFM, o MS publicou um despacho considerando o termo inadequado e prejudicial à busca do cuidado humanizado, além de prever a abolição do seu uso nos documentos oficiais (BRASIL, 2019b), desconsiderando as reivindicações dos movimentos sociais feministas.

Considerar a violência obstétrica uma “invenção de feministas”⁹ é ignorar uma realidade social a que estão submetidas as mulheres (principalmente negras e pobres), como relata Poliana (representante do Coletivo Jardim Resistência):

a gente tem muito caso também de mulheres que sofreram violências obstétricas que foram muito pesadas [...] a violência contra o corpo da mulher preta e periférica é uma coisa que é absurda.

Diante disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2019) divulgou uma nota a favor da manutenção do supracitado termo, apontando a necessidade de reconhecer as violências e abusos cometidos contra as mulheres grávidas. Ocorreram também ações dos movimentos sociais, do Ministério Público Federal e órgãos

⁸ Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

⁹ Veja mais em: <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-ela-existe-ou-e-mais-uma-invencao-de-feministas/>.

internacionais no sentido de chamar a atenção do MS, que ao invés de tentar abolir o termo, deveria tomar medidas para combater a violência obstétrica (FERREIRA; GONÇALVES, 2020).

Contudo, o MS segue na contramão e lançou a nova caderneta da gestante, ao invés de orientar gestantes e profissionais com informações baseadas em evidências científicas, o instrumento dá margem para procedimentos comprovadamente violentos como a episiotomia¹⁰ e a manobra de Kristeller¹¹ (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2022). Os profissionais que seguem essas recomendações e diretrizes de maneira acrítica, tornam-se operadores que disciplinam os corpos para o Estado (FERREIRA; GONÇALVES, 2020).

O biopoder se organiza em torno da gestão da vida em toda a sua extensão e também está relacionado à expectativa de manutenção do sistema capitalista moderno-colonial (FOUCAULT, 1999). O estabelecimento do biopoder, ancorado na punição e controle, pode ser percebido no relato de Poliana (representante do Coletivo Jardim Resistência): “A gente tem caso de mulheres que estão em situação de cárcere que elas vão parir e são presas, são algemadas”. As algemas representam um poder que paira sobre esses corpos e anunciam procedimentos violentos pré e pós-parto (OLIVEIRA, 2018).

Foucault (1999) entendia a medicina como um biopoder por tratar da vida, todavia ao analisar a assistência obstétrica brasileira revela-se um poder que não incide somente sobre a vida, mas também sobre uma série de medidas que produzem a morte (MELO, 2017). Sendo assim, Mbembe (2016, p. 146) avalia que “a noção de biopoder é insuficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte” e propõe a noção de necropolítica, que será detalhada mais à frente.

Até aqui os relatos das entrevistadas traduziram uma morte simbólica, experienciada pelas mulheres através da peregrinação e violência obstétrica, mas há

¹⁰ Corte feito na entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem a aplicação de anestésico, e já identificado como mutilação genital do órgão feminino.

¹¹ Consiste em aplicar força na parte superior do útero, com a finalidade de acelerar a expulsão do feto. Utiliza-se as mãos, braço, antebraço, joelho, e em casos mais absurdos os profissionais sobem em cima do abdômen da parturiente. A manobra pode causar traumas na mulher e no feto, além de ser ineficaz.

ainda a morte literal. No Brasil, em 2019, estima-se que ocorreram 1.655 mortes maternas. Desses óbitos 65,7% foram decorrentes de causas obstétricas diretas, predominando as causas hipertensivas, hemorrágicas e infecciosas (BRASIL, 2021b). Os óbitos por causa direta resultam de complicações obstétricas da gravidez, trabalho de parto ou pós-parto – sendo em sua maioria evitável (OMS, 1999). Dandara (representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco), discorre sobre os óbitos maternos por causas hipertensivas e chama a atenção para os óbitos de mulheres negras:

A gente sabe que na maior parte das mortalidades maternas no Brasil hoje é mortalidade por hipertensão, que é uma causa extremamente tratável e as mulheres morrem por pressão alta, eclampsia na hora do parto e isso pode ser evitável. E nem vou falar que a maior parte das mulheres que morrem são as mulheres negras, que são também as que mais tem propensão a pressão alta.

Corroborando a observação apresentada por Dandara, estudos como o de Carvalho e Meirinho (2020) apontam que os índices de mortalidade materna são maiores entre mulheres de raça/cor preta quando comparadas às de raça/cor branca. Segundo Mbembe (2016) o racismo garante a aceitabilidade da morte, ou seja, a necropolítica sendo o poder de ditar quem deve viver e quem deve morrer é sustentada na dimensão da racialização.

A necropolítica foi forjada nas relações coloniais e continua operando na administração da morte (MBEMBE, 2016), como no caso do coronavírus. A mortalidade materna de mulheres brancas com Covid-19 foi de 8,9%, enquanto que para as pretas foi de 17%, quase duas vezes maior (SANTOS, 2020). As barreiras de acesso aos cuidados tiveram um papel crucial no alto número de mortes maternas relacionadas ao Covid-19, segundo Débora Diniz, Brito e Rondon (2022) a recusa no atendimento era mais evidente para as mulheres negras, causando atraso na hospitalização dessas mulheres mesmo após o diagnóstico de Covid-19.

Agora mesmo a gente tem o dado que 45% das mortes maternas em Pernambuco foi por Covid e foram mulheres negras que morreram. Então, a gente toda vez que pensa em ter um filho, a gente lembra que as estatísticas todas estão na contramão para que a gente se reproduza, isso também já faz parte do racismo estrutural que tenta fazer essa eugenia (Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco).

Voltando-se para o contexto local, Janis (representante do CEEMM – PE) comenta “em Recife a mortalidade materna está sendo terrível já há alguns anos, teve uma melhoria depois pá [onomatopeia de queda]”. No ano de 2017, Pernambuco teve uma taxa de mortalidade materna de 63,3/100 mil nascidos vivos e os municípios com maior quantidade de casos foram: Recife, Jaboatão dos Guararapes, Petrolina, Moreno e Camaragibe (BRASIL, 2017). Nesse período, aconteceu a 2ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres (2ª CESMU), momento lembrado por Aurora (representante do FMPE) pelas denúncias que os movimentos feministas realizaram, vide a Figura 3.

Figura 3 – Alerta às participantes da 2ª CESMU – Brasil, Pernambuco, 2017.

Alerta às participantes da 2ª CESMu-PE!
Atenção Integral à Saúde da Mulher está ameaçada!
O Programa Mãe Coruja é um completo fracasso!



A **Mortalidade Materna** cresceu em Pernambuco depois do Programa Mãe Coruja: Entre 2001-2003 a razão de morte materna era de **68,9 mulheres mortas/cem mil**; Entre 2013-2015 (com o programa Mãe Coruja) esta razão subiu para **71,6**.

Em **2012** - quando começa o Mãe Coruja - **morreram 88 mulheres por morte materna. Em 2015 morreram mais mulheres, houve um total de 103 óbitos. Em 2016** - até onde foi contado - **morreram mais 101 mulheres** de morte materna, estima-se que ao ser concluída a apuração dos dados de 2016 devem haver registros em maior número que em 2015.

A morte materna é maior entre **mulheres negras: representa 70% dos óbitos. A maior parte** destes óbitos aconteceu em **Recife** e por pressão alta/ **hipertensão** como causas diretas (SIC). É absurdo que, ainda hoje, companheiras grávidas morram por esta **causa evitável!**

Fonte: Acervo do Fórum de Mulheres de Pernambuco (2017).

A priori o Programa Mãe Coruja, que começou em 2007, não se mostrou efetivo na redução da mortalidade materna; no entanto, impactou positivamente as taxas de mortalidade infantil e a proporção de consultas pré-natal (CABRAL, 2016). Enquanto são necessárias mais intervenções voltadas para as principais causas de óbitos maternos, desde o ano de 2017, ocorreu uma redução dos valores liquidados no programa orçamentário Mãe Coruja e na ação orçamentária qualificação do

atendimento integral às mulheres de Pernambuco (JUNTAS CODEPUTADAS ESTADUAIS, 2019).

6.4 ANSEIOS E EXPECTATIVAS: HUMANIZAÇÃO DO PARTO?

Preliminarmente foi possível compreender a perspectiva das entrevistadas, em suas relações com os movimentos feministas, sobre o cenário da atenção ao parto na RMR. Então, a partir disso é possível refletir sobre os anseios feministas por uma nova realidade obstétrica, definida por algumas participantes em consonância com os termos da humanização:

A gente, de forma geral, pensa que o parto ideal é o parto humanizado” (Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco).

É o modelo humanizado, que a mulher tem mais autonomia” (Rute, representante da RENFA).

O movimento pela humanização do parto remonta às décadas de 1980 e 1990, como explica Clara (representante do Grupo Curumim):

O Curumim fez uma campanha em 97 – porque a gente era da ReHuNa [Rede pela Humanização do Parto e Nascimento] e um objetivo da ReHuNa era popularizar o termo ‘humanização do parto e nascimento’, era o objetivo da ReHuNa – então o Curumim pegou e fez uma campanha em 97 que saiu na Globo, entre uma novela e o Jornal Nacional, a gente conseguiu vários apoios, ficou passando na rádio.

A campanha supracitada, intitulada “Parto Humanizado: Pense Nisso! “, é um exemplo de como a ReHuNa¹², articulada com seus núcleos locais, desempenhou um importante papel na difusão do movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento (RATTNER *et al.*, 2010). As iniciativas do movimento motivaram a incorporação da denominação “humanização” nas políticas, oficialmente a partir de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (DINIZ, *et al.*, 2018; BRASIL, 2000).

12 A ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associados em todo o Brasil. Seu objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (RATTNER *et al.*, 2010, p. 2015).

A portaria nº 1.067, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, define que: “a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2005a). Além de, dispor sobre procedimentos para uma assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto, como: fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor (BRASIL, 2005a).

No entanto, mesmo com os avanços normativos não há consenso sobre a aplicação do termo humanização, conforme relato de Clara (representante do Grupo Curumim):

O Curumim participou muito disso [...] de botar na boca do mundo essa expressão, apesar da gente discutir muito o termo humanização na época, mas pegou e foi importante; até hoje é importante, mas a gente ainda reflete de forma diferente (grifos da autora).

A proposição da humanização, com uma conotação suavizada – sem explicitar o enfrentamento à violência obstétrica, temendo uma reação hostil dos profissionais de saúde – foi um dos motivos para o questionamento do termo (FERREIRA; GONÇALVES, 2020).

Entretanto, como apresentado em tópico anterior, a nomeação da violência obstétrica veio à tona e aqui revela as contradições do percurso da humanização. O fato de as mulheres estarem insatisfeitas com a atenção recebida demonstra que as mudanças são desejadas e esperadas, para isso é fundamental discutir as políticas de humanização do parto e nascimento, dimensionando de maneira radical a questão do protagonismo feminino (SERRUYA, 2014). Questão observada nos seguintes relatos:

Um parto que toda mulher gostaria de ter, um parto onde ela é a protagonista, onde os profissionais de saúde estão ali para assistir, estão ali para acolher, acompanhar, não intervir, tempo deixar o tempo (Janis, representante do CEEMM – PE).

A gente quer um parto natural, um parto livre [...] ter sua criança de uma forma confortável sabe, sem precisar sentir tanto trauma, tanta dor, sem carregar esse momento que era para ser um momento que fosse massa, mas que

acaba sendo – pela interferência do poder público – um momento traumatizante (Poliana, representante do Coletivo Jardim Resistência).

6.4.1 Desmedicalizar o parto e descolonizar o corpo

Percebe-se, a partir dos discursos prévios, que os movimentos feministas rejeitam a proposta de humanização pacificadora e negociada com as instituições médicas. O desejo de uma mudança radical que humanize é uma reação ao modelo hospitalocêntrico e medicalocêntrico, baseado em rotinas de intervenções sem evidências científicas. Ratificado pelas falas de Flor de Hibisco (representante de uma Mandata da Câmara do Recife)

A gente tem uma concepção de que essa lógica do parto [...] é uma lógica muito: primeiro centrada em hospitais e segundo centrada no médico – como se não fosse da mulher, então ela não tivesse esse papel protagonista”, e de Janis (representante do CEEMM – PE) “[...] tirar e mudar esse modelo médico centrado, hospitalar médico centrado, esse que é o grande embate”.

A leitura descolonial elucida que a hospitalização do parto foi fundamental para a cristalização de modos de poder e fez-se através da medicalização dos corpos femininos. O parto manejado institucionalmente é alvo de intervenções, controle e violência; ainda que existam iniciativas para promover mudanças nos padrões institucionais, essas não são suficientes em oferta e acesso (MELO, 2017). Sendo o hospital a esfera mais marcante desse modelo tecnocrático, as mulheres defendem locais de parto alternativos:

A gente sabe que o melhor lugar [para parir] é em casa, com pessoas que competem [...] ou então Centro de Partos Normais” (Janis, representante do CEEMM – PE); “A gente já apoiou inúmeras vezes Casa de Parto, a discussão sobre ter Casas de Parto. A gente já discutiu várias vezes sobre a necessidade e a importância de as mulheres parirem no lugar que elas façam pré-natal” (Aurora, representante do FMPE).

O projeto dos CPNs (também conhecidos como Casas de Parto) desde quando foi criado, em 1999, vem sofrendo resistência para sua instituição e manutenção. O acirramento na disputa pela organização da rede assistencial revelou-se com o desmonte da Rede Cegonha através da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Embora estudos como o do *Birthplace in England Collaborative Group* (2011) apoiem políticas que ofertem às gestantes de risco habitual a escolha do local de parto, a referida portaria elimina da rede alguns serviços, a exemplo do CPN peri-hospitalar. Além disso, a RAMI dá

ênfase à atuação do médico obstetra excluindo as enfermeiras obstétricas e obstetizas (BRASIL, 2022). A publicação do MS foi unilateral, ignorando o apelo dos movimentos sociais:

A gente também sempre teve como princípio discutir o poder médico sobre a vida das mulheres e, o sentido de quem mais entende do seu corpo e do parto são as próprias mulheres, elas sabem parir. Reduzir o poder médico significa reduzir o número de partos cesáreas no Brasil também, porque a gente sabe que a maior parte dos partos cesáreas – isso é o que a gente tem visto com pesquisa científica – não é por necessidade, indicação, é por tempo do poder médico ali, o médico quer largar mais cedo (Aurora, representante do FMPE).

Esse modelo de atenção ao parto altamente medicalizado, no qual a cesariana constitui a representante máxima, hierarquiza os conhecimentos dentro da perspectiva da colonialidade do saber e exclui outras possibilidades de assistência, especialmente aquelas que potencializam a autonomia da mulher (MELO, 2017). Nesse sentido, os movimentos feministas reconhecem que as enfermeiras obstetras podem oferecer um cuidado mais integral, conforme relato a seguir: “A gente aprendeu ao longo desse processo, que o papel dos profissionais de enfermagem obstétrica, é fundamental na garantia desses direitos das mulheres, das pessoas que gestam” (Flor de Hibisco, representante de uma Mandata da Câmara do Recife).

Contudo, é preciso expor que, o despreparo, a negligência e a imperícia estão na prática de profissionais da obstetrícia, sejam médicos ou enfermeiros obstetras (SILVA, *et al*, 2014). Ainda o enfermeiro tem dificuldade para garantir uma assistência humanizada, seja por receio do enfrentamento com o colega de trabalho ou pelos limites estabelecidos pela hierarquia médico-enfermeiro (OLIVEIRA; PENNA, 2017). À vista disso, Janis (representante do CEEMM – PE) considera que esse grupo profissional precisa se fortalecer: “as enfermeiras obstetras então completamente desorganizadas, é triste, é triste”. Porém, é oportuno acreditar que a enfermagem obstétrica pode ser uma classe homogênea e atualizada para garantir que as pacientes usufruam de uma assistência pautada nas melhores evidências científicas. (SILVA, *et al*, 2014). Clara (representante do Grupo Curumim) reforça o desejo de

que as enfermeiras obstetras elas realmente liderem a atenção, que elas possam atuar sem nenhum constrangimento.

Nessa arena das boas práticas, as doulas surgiram com o trabalho de auxiliar as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, por meio de informação, apoio físico e

emocional. As doulas, ainda que timidamente, têm extrapolado as questões relativas ao parto e se aproximado de questões relacionadas ao feminismo (SAMPAIO, BRILHANTE; HERCULANO, 2018). Flor de Hibisco (representante de uma Mandata da Câmara do Recife) reconhece essa relação como incipiente:

Eu mesma, pessoalmente, tinha o maior preconceito com doula; achava que tinha um recorte de classe (e continua tendo), mas isso não elimina a importância delas naquele processo [do trabalho de parto e parto], mas que eu achava que era tipo frescura de quem tem dinheiro para pagar. Então, esse momento de escuta [papo aberto durante a campanha] delas, para mim trouxe esse aprendizado mesmo sobre a violência obstétrica e qual é o papel de cada profissional no enfrentamento ou aprofundamento dessa violência.

A falta de clareza sobre o papel da doula é um dos elementos que gera resistência para inclusão dessas profissionais no espaço hospitalar, Rute (representante da RENFA) expõe que hospitais da RMR restringem o acesso das doulas:

[N]os hospitais daqui mesmo, é difícil poder entrar uma doula [...] principalmente os hospitais de alto risco, que é onde a gente mais precisa assim de um apoio. É negado, na cara dura assim, o povo não sabe nem o que é.

Embora, no estado de Pernambuco, a Lei nº 15.880/2016 garanta o direito à presença de doulas na rede pública e privada de saúde (PERNAMBUCO, 2016). A articulação das doulas com os movimentos feministas aumenta a cobrança dessa pauta na agenda política e potencializa sua atuação como contraponto do modelo obstétrico hegemônico.

6.4.2 Justiça reprodutiva e combate à hierarquização das maternidades

Diante do que foi exposto, é nítido perceber que as desigualdades de gênero, raça e classe impactam no acesso à saúde e aos direitos no campo da sexualidade e da reprodução – afetando, conseqüentemente, o exercício das maternidades. Laura Mattar e Carmen Diniz (2012) defendem a ideia de que há uma hierarquia reprodutiva, em que existem maternidades mais legítimas e aceitas socialmente do que outras. O projeto colonial desumanizou as mulheres negras, buscando encerrá-las em estereótipos como o da mãe preta, “aquela que efetivamente, ao menos em termos de primeira infância (fundamental na formação da estrutura psíquica de quem quer

que seja), cuidou e educou os filhos de seus senhores” (GONZALEZ, 2020, p. 60). Mas pode a “mãe preta” ser mãe? O que resta à mulher negra?

Para uma mulher negra decidir ter um filho é muito mais difícil do que uma mulher não negra, porque só em pensar que ela provavelmente vai sofrer durante a gestação ou falta de qualidade no atendimento pré-natal ou não ter acesso ao pré-natal e assistência médica de qualidade, e quando for ter o filho ter risco de sofrer o racismo institucional e a violência obstétrica e por consequência ter risco de morrer ao parir uma criança (Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco).

Quanto maior o número de aspectos ditos negativos presentes em uma mulher, mais próxima estará sua maternidade da base da pirâmide hierárquica, ou seja, pode ser considerada uma maternidade subalterna ou marginal (MATTAR; DINIZ, 2012). Nesse sentido, pode-se dizer que a população prisional feminina acumula uma sinergia negativa, visto que é composta em 50% por jovens, 62% por negras, 62% por solteiras e 66% por mulheres com baixa escolaridade (BRASIL, 2018). Essas mulheres destoam do ideal de maternagem, como se mulheres infratoras não pudessem ser boas mães, lógica que corrobora com uma série de violações de direitos (MOTA; ALMEIDA; GONÇALVES, 2021).

O depoimento de Rute (representante da RENFA) comprova as piores condições na atenção à gestação e ao parto para as mulheres privadas de liberdade, além da resistência dos tribunais em conceder a substituição da prisão preventiva por domiciliar de gestantes e mães de menores de 12 anos:

A gente sabe que é ruim, mas quando você vive você vê que é uma coisa muito... [a frase não foi concluída]. Fora o preconceito que os profissionais têm [...] eles vão com medo, vão com nojo e deixam as mulheres pior do que já estão. E o medo constante assim, porque é lei, uma mulher grávida ela não pode estar presa, uma mulher que acabou de ter o bebe ela não pode estar presa, mas não se aplica.

Como um projeto antagônico à incidência das opressões no contexto da maternidade “a gente busca por justiça reprodutiva” – não por acaso, essa asseveração foi feita por Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco. Foram as mulheres negras que iniciaram o movimento por justiça reprodutiva¹³, visto que o caráter liberal individualista da saúde e dos direitos sexuais

¹³ Saiba mais em: <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>.

e reprodutivos não contemplava as suas demandas, era preciso colocar essas questões dentro de uma estrutura de justiça social (COLETIVO MARGARIDA ALVES, 2020). Nesses termos, o *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective* (2022) define a justiça reprodutiva como “o direito humano de manter a autonomia corporal pessoal, de ter filhos, de não ter filhos e de criar os filhos que tiver em comunidades seguras e sustentáveis” (tradução nossa)¹⁴. Dandara acerca disso, comenta:

Faz parte do direito de a gente ter e ver nossos filhos crescerem sem violência do Estado, sem precarização da saúde, da educação e do atendimento básico, que a gente tenha políticas que deem conta de fazer minimamente uma distribuição de renda, que as nossas irmãs e irmãos não passem fome por falta de trabalho e por falta de políticas.

A humanização do parto é essencial, mas isoladamente não basta uma experiência positiva de parto e nascimento, se as pessoas não tiverem comunidades seguras para viver. O “bem viver” se apresenta como uma oportunidade para construir coletivamente uma nova forma de vida, de gestão do coletivo e do individual; da natureza, política e da cultura (ASSIS, 2021). Esse conceito é compartilhado por diferentes povos da América Latina; no Brasil, em 2015, a Marcha das Mulheres Negras trouxe essa discussão em seu cerne:

Na condição de protagonistas oferecemos ao Estado e a Sociedade brasileiros nossas experiências como forma de construirmos coletivamente uma outra dinâmica de vida e ação política, que só é possível por meio da superação do racismo, do sexismo e de todas as formas de discriminação, responsáveis pela negação da humanidade de mulheres e homens negros (MARCHA DAS MULHERES NEGRAS, 2015).

6.5 ESTRATÉGIAS FEMINISTAS PARA INCIDIR NAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO

Desde o fim da ditadura militar no Brasil, os movimentos sociais organizaram-se em diferentes espaços para o fortalecimento e radicalização da democracia, sendo a área da saúde emblemática para a conquista da cidadania das mulheres (CFEMEA, 2006). Entretanto, a análise acumulada até aqui indica as limitações entre os ideais

¹⁴ SisterSong defines Reproductive Justice as the human right to maintain personal bodily autonomy, have children, not have children, and parent the children we have in safe and sustainable communities.

democráticos e adequação real do sistema de saúde. Aurora apresenta o que o FMPE entende por uma saúde autenticamente democrática:

A gente tem falado muito dentro do fórum, e da AMB [Articulação de Mulheres Brasileiras] também como um todo, que a questão da saúde da mulher é uma questão democrática, é uma questão de democracia. Se a gente não alcançar uma saúde universal para todas e digna para as mulheres, a gente não tem um país verdadeiramente democrático, sabe?

Não coube no escopo deste trabalho questionar a própria concepção de democracia, mas pelas entrevistas houve um consenso que para avançar na direção das transformações que desejam, os movimentos feministas precisam aproximar-se dos processos de construção, implementação e gestão das políticas públicas:

A gente acha que a existência de políticas públicas é extremamente necessária para a saúde integral das mulheres, especialmente na atenção ao parto que é o momento que as mulheres ficam mais vulneráveis a todos os tipos de violência [...]. Então a gente vai analisar a política, vai analisar os dados e vai analisar inclusive no sentido da saúde integral (Aurora, representante do FMPE).

O que a gente faz é basicamente fazer um monitoramento da efetividade das políticas públicas e a partir disso junto com parceiras fazer incidência políticas para que diminua a mortalidade materna, diminua a violência obstétrica [...] (Dandara, representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco).

Todavia, a política do medo instaurada no Brasil pelo governo Bolsonaro buscou minar a participação social e, também o fez por meio de decretos como o nº 9.759/2019 que revoga a Política Nacional de Participação Social (BRASIL, 2019c). A reação dos movimentos sociais segue estratégias diversas, e em seguida serão apresentadas as principais estratégias para incidir nas políticas de atenção ao parto. Os movimentos feministas vislumbram com esperança um “retorno às ruas”, em vista de viabilizar debates e fortalecer a soberania popular.

O cenário que se desenha é um cenário de muito medo. Eu acho que a gente tem medo porque a gente vem vivendo uma desmobilização, uma desestruturação, um desmonte de políticas públicas que são tão necessárias para uma melhoria de qualidade de vida de toda uma sociedade, mas principalmente para as mulheres. Então para esse cenário, também para essa conjuntura, uma das coisas que a gente tem debatido muito é ‘nós precisamos ir para rua enquanto movimento social inclusive dizer para população que a gente precisa de política pública [...] a gente quer uma política pública que nos abraça, que nos acolha’. Então o que a gente está desenhando para esse cenário: a gente vai para rua, a gente vai em defesa do SUS, da saúde pública. Mas a gente vai para dizer que a gente não aceita

nenhum direito a menos, a gente já vem sendo tirado muitos os nossos direitos e a gente vem resistindo (Aurora, representante do FMPE).

6.5.1 Comunicação feminista e popular

Historicamente, os movimentos sociais dependem de mecanismos de comunicação, que permitem sua formação e interação com a sociedade em geral (CASTELLS, 2013). O papel da comunicação também é marcante na história do feminismo, uma vez que desde cedo o movimento se apropriou de diversos meios (impresso, sonoro, audiovisual, on-line) para mobilizar as mulheres e reivindicar seus direitos, como à saúde (WOITOWICZ; PEDRO, 2010). Nesse contexto, Clara explica como o Grupo Curumim desenvolveu uma estreita relação com a esfera da comunicação:

A gente tem um programa de comunicação, que é um programa que existe desde o início do Curumim, a gente sempre valorizou a comunicação [...] o principal é democratizar a informação, é fazer a comunicação como uma estratégia política.

Em seguida, Poliana apresenta a experiência do Coletivo Jardim Resistência, que fala sobretudo de e para as mulheres periféricas, abordando temas como violência contra mulher, saúde mental, direitos sexuais e reprodutivos. A comunicação popular surge como uma forma alternativa de comunicação que permite levar assuntos do centro para a periferia e, mutuamente, levar temas que sempre estiveram na periferia para o centro do debate político (CIPOLLA, 2017).

A estratégia é produção de conteúdo, debate, rodas, oficinas que a gente possa trazer vários tipos de debate para dentro da periferia. Acho que a gente continua nessa pegada porque é o processo que tem que ser, é nossa incidência, é a nossa construção (Poliana, representante do Coletivo Jardim Resistência).

Os dispositivos de comunicação foram ampliados com o surgimento da internet, são inúmeras as possibilidades na produção e compartilhamento de conteúdo, que subvertem a lógica hegemônica da mídia convencional (MIKLOS; CUNHA, 2016., CASTELLS, 2013). Contudo é preciso equilíbrio na escolha das mídias, Cipolla (2017) ao analisar a comunicação do coletivo “Nós, mulheres da periferia” verificou que as redes sociais não atingem todos os públicos, como mulheres mais velhas ou não alfabetizadas. As falas a seguir reiteram que por vezes somente a presença e o convívio no mundo real conseguirão comunicar:

A gente começou a fazer os debates e foram crescendo, foi crescendo o número de mulheres que queria participar e também foi crescendo a necessidade [...]. Então a gente falava desde o que podia acontecer no puerpério, os direitos da mulher quando a gente chega na maternidade e da pessoa que chega com ela também como pode agir, a saúde mental, tudo isso uma coisa muito destinada as mulheres (Poliana, representante do Coletivo Jardim Resistência)

Antes da pandemia eu participei de algumas ações no Bom Pastor [Colônia Penal Feminina] [...] tinha algumas oficinas que eram só com as mulheres gestantes, que era uma coisa legal que as meninas faziam, que tipo é pouco, mas assim uma conversa, uma troca, uma informação já é uma coisa muito valiosa ali dentro (Rute, representante da RENFA).

No âmbito das políticas públicas o desenvolvimento de uma comunicação estratégica, além de permitir a troca dialógica entre diferentes atores sociais, colabora com o processo desde a formação da agenda para construção da política até sua implementação e avaliação (MARIOTI; CASSANDRE, 2017). A Lei Federal nº 11.108/2005, que garante a mulher direito à acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005b), foi citada como exemplo de que uma legislação relativa à assistência obstétrica pode ter sua implementação potencializada através da comunicação – parturientes que tiveram acesso à devida informação cobraram pela efetivação do seu direito ao acompanhante.

6.5.2 Controle social das mulheres

O termo controle social vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade na elaboração, execução e controle das políticas públicas, para que essas atendam as demandas da coletividade (DUBOW *et al*, 2017). No SUS, os Conselhos e Conferências de Saúde são as principais instâncias de controle social, tal qual descrito na Constituição Federal e operacionalizado a partir da lei 8.142/90. Integrar esses espaços participativos está dentro da estratégia política dos movimentos feministas investigados neste estudo:

O Fórum participou desde as primeiras Conferências de Saúde no Brasil, sempre pautando a importância da atenção a saúde das mulheres, desde os preventivos, a contracepção, planejamento reprodutivo, parto, pós-parto e vida reprodutiva como um todo (Aurora, representante do FMPE).

No fragmento subsequente da entrevista de Poliana (representante do Coletivo Jardim Resistência) surgem elementos importantes para a discussão sobre o controle social:

É isso, trazer a comunidade para mais perto do poder institucional e fazer o poder institucional entender que a gente sabe das coisas, que a gente está ali, que a gente existe, que a gente não está mais para admitir que eles [gestores] tragam meia boca [...]. Entendendo também que é um processo de aprendizado, sobre garantias de direitos institucionais, sobre a gente entender que a gente é um ser de direitos.

O primeiro aspecto é a necessidade de “trazer a comunidade para mais perto do poder institucional”, embora prevista em lei a participação social não se realiza por si só, é um processo permanente de mobilização da comunidade. Outro desafio é a formação dos atores envolvidos no controle social, para que esses ampliem sua capacidade de visualizar e enfrentar os problemas em saúde, “é um processo de aprendizado” que depende de ações complementares, tais como: erradicação do analfabetismo; inclusão de conceitos básicos de democracia, cidadania, sistema eleitoral e qualidade democrática nos próprios currículos escolares; disponibilidade de assessoria técnica independente aos membros do jogo da participação (BRASIL, 2012).

Vale salientar que a saúde (em especial, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres) é uma questão disputada nas lutas sociais, de tal forma que os Conselhos e Conferências não são espaços neutros. Dandara (representante da Rede de Mulheres Negras de Pernambuco) repercute em sua fala essa correlação de forças: “Não pactuamos com os governos, para que a gente não perca nossa autonomia de fazer incidência política que, promovam políticas públicas para a população negra e para as mulheres negras”. Assim, o controle social regula os interesses dominantes na gestão da saúde pública (MANZOTTI; SILVA; ROTTA, 2021).

Retomando, Poliana (representante do Coletivo Jardim Resistência) em sua alocação ainda chama atenção que “a gente não está mais para admitir que eles [gestores] tragam meia boca”. Assim, ao falar de controle social não se pretende apenas que sejam implantados mecanismos que combatam desperdícios, desvios e equívocos na aplicação dos recursos públicos, mas também busca-se assegurar que os gestores se comprometam com a excelência desde a concepção até a implementação das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

É reconhecida a importância dos Conselhos e Conferências na participação da gestão em saúde, embora esses espaços não devam ser considerados os únicos condutores do controle social (DUBOW *et al*, 2017). Por isso, as iniciativas locais devem ser incentivadas no sentido de constituírem espaços plurais para promoção do diálogo e da afirmação popular, como os conselhos locais ou conselhos gestores:

Nós somos ainda parte do Conselho Gestor do CISAM. Fomos durante muito tempo parte do Conselho Gestor do Agamenon Magalhaes, quando se criou o Wilma Lessa [serviço de apoio à mulher vítima de violência] (Aurora, representante do FMPE).

No contexto específico da atenção ao parto, além dos movimentos feministas colaborarem com os conselhos locais das maternidades, há ênfase na participação dos Comitês de Mortalidade Materna. Janis (representante do CEEMM – PE) elucida que

O movimento feminista sempre estava presente e na história do Comitê Estadual [...] as feministas investiram ali, mas nem sempre conseguiram o que aqui em Pernambuco a gente consegue, uma equipe forte.

Embora, o controle social ocupe de modo efetivo o CEEMM-PE, alguns espaços de participação social são criados apenas para cumprir o requisito legal e são manipulados desde a sua composição (MANZOTTI; SILVA; ROTTA, 2021).

Janis complementa que no CEEMM – PE tem um autointitulado *petit* comitê, que dinamiza e qualifica as iniciativas de controle social, com objetivo de construir ações para além da análise dos óbitos maternos:

A gente começou a fazer uma ação, fez muita, muita coisa que eu te passo. Mais umas visitas surpresas nos serviços [...] assim com a cara e a coragem, dizendo que a gente era do controle social, do comitê. Deu muita discussão dentro da gestão também, que a gente fazia relatórios e esses relatórios a gente fazia questão de divulgar.

Entretanto, as atividades dos Comitês de Mortalidade Materna decaíram durante a pandemia: “

Primeiros os dados não chegavam [...] a gente se reunia dizendo ‘é uma catástrofe, como é que a gente faz?’. Depois veio a história da morte materna das gestantes por Covid, isso foi terrível” (Janis, representante do CEEMM – PE).

A falta de informação é um artifício para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigi-los (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Somente no final de 2020 os comitês voltaram a se mobilizar, lembrando que a participação social enfrenta sucessivos avanços e recuos, de modo que sua presença precisa ser fortalecida principalmente na área da saúde da mulher.

6.5.3 Ocupação política dos espaços legislativos

Os movimentos feministas que colaboraram com este estudo reconhecem a participação em espaços estatais como uma estratégia importante para alterar a correlação de forças do Estado-poder, seja pela participação indireta ou direta. Reforçando a análise de Abers e Bülow (2011, p. 54) que colocam em xeque tanto o pressuposto de que o Estado não é relevante, como o pressuposto de que atores estatais são necessariamente externos aos movimentos sociais.

No contexto de um crescente interesse na participação em processos decisórios, para dar maior visibilidade e eficácia às demandas coletivas, frequentemente, as militantes se articulam verticalmente no interior do Estado ou dos partidos (ABERS; BÜLOW, 2011., ALVAREZ, 2014). Por isso, a colaboração de Flor de Hibisco, como representante de uma Mandata da Câmara do Recife, foi ganhando mais sentido ao longo do estudo. Na esfera municipal, o Poder Legislativo é exercido pela Câmara Municipal, que é composta por vereadores e vereadoras. Flor de Hibisco (representante de uma Mandata da Câmara do Recife) comenta sobre a atual composição da Câmara Municipal do Recife:

É a legislatura que tem mais mulheres na casa, são sete mulheres de trinta e nove. Veja o maior quantitativo, então a gente ver o quanto a gente ainda tem que caminhar. Dessas mulheres pelo menos três se colocam como feministas [...] e tem as fundamentalistas religiosas.

Diante da inegável constatação da sub-representação feminina na política brasileira, foi criada a Lei nº 12.034/09, a conhecida “Minirreforma Eleitoral” alterou dispositivos anteriores, determinando que as cotas acarretassem um preenchimento de 30% das candidaturas efetivas por candidatas mulheres e não uma mera disponibilização das vagas (SEVERINO, 2019). A reserva de vagas contribuiu para incrementar o número de candidaturas femininas, todavia, permanece uma expressiva diferença no número de candidaturas masculinas e femininas e essa disparidade é

ainda mais acentuada quando se analisa o número de eleitas (SILVEIRA, 2019). Poliana (representante do Coletivo Jardim Resistência) comenta sobre a escassez de mandatos femininos, em específico, no município de Jaboatão dos Guararapes:

A gente não tem nenhum mandato que seja aliado aqui [Jaboatão dos Guararapes], então dificulta muito isso, muito mesmo, porque já chega na Câmara e é um processo de recebimento bem incisivo. Mas é um processo que é muito necessário, para que as pessoas entendam o que é esse processo da construção da política pública, de onde é que vem aquilo, como é que vai, quem é que está participando. O intuito é trazer as mulheres mesmo e a juventude para esse espaço, para estar de dentro e também nas disputas políticas. O intuito da gente esse ano é apoiar uma candidatura materna, feminista, negra que dialogue com a favela e que traga a maternidade para o centro do debate, a necessidade de políticas públicas para mulheres mães, não só ligada a saúde, mas também educação, segurança pública, mobilidade urbana, vários temas.

É necessário considerar ainda os variados posicionamentos das lideranças femininas, trata-se de um grupo muito heterogêneo do ponto de vista partidário e ideológico. Aquelas que são representantes religiosas, por exemplo, defendem a família tradicional cristã, são contra o aborto e a ideologia de gênero. Aquelas que se identificam com as pautas feministas, ao contrário, defendem a autonomia feminina, os direitos sexuais e reprodutivos (BARROS; BUSANELLO; MITOZO, 2021).

A representação política por militantes feministas também ocorre em contextos nos quais o poder público é composto por forças que se opõem ao movimento. Essa participação implica em riscos e exige das representantes a defesa de interesses sociais mais amplos do que seria necessário como ativistas de movimentos específicos (ABERS; BÜLOW, 2011). Nesse sentido, Flor de Hibisco posiciona a mandata que representa como de oposição e apostila sobre a dificuldade de trabalhar a pauta da atenção ao parto na Câmara do Recife:

A gente fez essa visita lá na *maternidade municipal*, a gente saiu com os encaminhamentos de requerimento, só que acabou que não conseguimos fazer. Então assim é uma pauta que é difícil andar, mas que a gente tem consciência que a gente precisaria anda nela.

Abers e Bülow (2011, p. 50) avaliam que apesar das tensões, essas atrizes geralmente “se dedicam a transformar o Estado no mesmo sentido que faziam antes, por exemplo, ao tentar promover políticas públicas socialmente justas, ou ao criar arenas participativas nas quais grupos da sociedade civil possam participar”. Então, apesar da dificuldade apontada, Flor de Hibisco destacou em sua entrevista o

interesse da mandata com relação as políticas de atenção ao parto e descreveu ferramentas utilizadas no sentido de influenciar na implementação dessas políticas:

A gente usou pedido de informação, indicação e audiência pública. A gente usou instrumentos de mobilização, de se reunir com as mulheres, porque a gente entendeu que todo passo que a gente dá a gente precisar dar em diálogo com os movimentos.

O trabalho de Fonseca (2020) sobre a Gabinetona, em Belo Horizonte, ressalta a potência de um mandato coletivo, popular, feminista e antirracista. Os vereadores mais conservadores não têm interesse em mudar o *status quo*, criando obstáculos na aprovação das pautas defendidas pelo mandato, ainda assim essa ocupação do Estado expressa a resistência frente à precariedade, à perda de direitos e ao avanço de uma agenda conservadora. Clara, representante do Grupo Curumim, apresentou outro exemplo de interlocução dos movimentos sociais com mandatas feministas de Pernambuco, em prol de uma atenção ao parto com dignidade:

O foco hoje tem muito da questão da saúde sexual e reprodutiva [...] tanto na luta por políticas e, ações para melhoria da assistência obstétrica. Por exemplo, Pernambuco tem uma Lei de Violência Obstétrica, a gente trabalhou diretamente na feitura dessa lei, primeiro com o gabinete de Teresa Leitão, depois com a Juntas [Codeputadas Estaduais] [...] elas ano passado deram um ajuste, uma atualizada na lei que ficou muito bacana.

Compreende-se, assim, a importância da ocupação da institucionalidade por mulheres contagiadas e intersectadas com os feminismos, para subverter os poderes hegemônicos que produzem e controlam as políticas de atenção ao parto. Referenciar essa luta através da construção epistemológica do feminismo descolonial é apontar caminhos para construção de bases mais democráticas e menos hierárquicas de organização política.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho localizou-se em um campo com limitações geográficas e também políticas, atravessado pelo local que a pesquisadora ocupa; o direcionamento da cadeia de referências resultou em sete entrevistas que foram suficientes para a saturação de dados. Diante da pandemia de Covid-19, a coleta de dados foi realizada no formato on-line dificultando a técnica de observação participante e também o aprofundamento das entrevistas. Apesar dos obstáculos, travou-se um processo de tentativas para alcançar o objetivo dessa pesquisa que era analisar a participação dos movimentos feministas na implementação das políticas públicas de atenção ao parto na RMR.

Primeiramente, foi possível identificar um descentramento nas pautas dos movimentos feministas, expandido com a emergência de Covid-19. Nesse contexto, a temática do parto está diluída em pautas de interesses mais amplos como a da justiça reprodutiva ou a dos direitos sexuais e reprodutivos, por vezes, a temática do aborto ainda é priorizada devido à criminalização e mortalidade das mulheres. Todavia, os movimentos feministas investigados conferem importância e legitimidade à questão da atenção ao parto, o que trouxe sentido e tornou possível este estudo.

Observou-se uma insatisfação dos movimentos feministas com relação a organização e qualidade da rede obstétrica na RMR. O modelo hospitalocêntrico como produto da colonialidade, modulou um sistema de saúde que não prioriza as mulheres. Além da desestruturação da rede obstétrica, há uma preocupação com a violência obstétrica e a mortalidade materna. A morte simbólica e factual é operada pela necropolítica, sustentada na dimensão da racialização. Então, como superar esse cenário da atenção ao parto? Certamente o reconhecimento do problema faz parte do processo para fazer emergir uma política de vida.

O desejo dos movimentos feministas rejeita a idealização simplista e romantizada do parto, e não se encerra em um modelo de assistência humanizado, a busca é por justiça reprodutiva. As mulheres querem decidir por ter ou não ter filhos, dentro de comunidade seguras e sustentáveis. Em especial, as mulheres negras apontam o “bem viver” como uma nova forma de vida, a partir da superação do racismo, machismo e todas as formas de discriminação.

Para promover essas mudanças, umas das vias encontradas pelos movimentos feministas foi a participação nos processos de construção, implementação e gestão das políticas públicas. Conclui-se que, alternativas descoloniais para atenção ao parto pressupõem a atuação daquelas que sofrem os efeitos da colonialidade, é preciso enfrentar a necropolítica desde o seu interior. Na intenção de reforçar a insurgência da participação social nesse campo, recomenda-se novos estudos a partir de um olhar exclusivamente racializado sobre as políticas de atenção ao parto e sobre a necessidade dessas políticas incluírem pessoas transgêneros.

REFERÊNCIAS

ABERS, R.; BÜLOW, M. V. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre Estado e sociedade? Sociologias, Porto Alegre, v.13, n.28, p. 52-84, set/dez. 2011.

AFONSO, M.L. Respostas de movimentos sociais feministas à pandemia de covid-19: notas prévias de pesquisa em psicologia social. Revista Movimentação, Dourados, MS, v. 8, n. 14, p. 209-215, 2021.

ALVAREZ, S.E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. Cadernos Pagu, v. 43, n. 1, p.13-56, 2014.

ANGONESE, M.; LAGO, M.C.S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. Saúde Soc., v. 26, n. 1, p. 256-270, 2017.

ASSIS, D.N.C. Contra o Racismo, Sexismo e pelo Bem-Viver! Mulheres contra hegemônicas pensando uma nova forma de ser e existir. Albuquerque: revista de história, Mato Grosso do Sul, v.13, n.26, p. 33-46, set. 2021

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Nota de repúdio à nova caderneta da gestante. 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-de-repudio-a-nova-caderneta-da-gestante/66072/>. Acesso em: 27 jun. 2022.

BARROS, A.T.; BUSANELLO, E.; MITOZO, I.B. Mulheres e política: a bancada feminina no Congresso Nacional brasileiro sob a perspectiva do eleitorado. Gênero, Niterói, v. 21, n. 2, p. 246-75, 2021.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in england national prospective cohort study. BMJ, p. 1-13, nov. 2011.

BOERMA, T.; *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Lancet, v. 392, n. 13, p. 1341–48, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998. Regulamenta o parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999. Criar o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067 de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3.ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial União. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Pernambuco. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10pe.def>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN mulheres. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Brasília, p. 79. 2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Nascim p/ocorrênc por Local ocorrência segundo Município Região Metropolitana - RIDE: 26010 Recife - PE. 2019a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>. Acesso em: 05 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho DAPES/SAS/MS. 3 de maio de 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção Primária à Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. 28 de março de 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular nº 1/2021 de 03 de março de 2021. Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico, v. 52, n. 29, ago. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2022.

CABRAL, A.L.N. Avaliação do impacto do Programa Mãe Coruja Pernambucana nas taxas de mortalidade infantil e materna em Pernambuco. 2016. 49 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

CARNEIRO, R.G. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 325 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. Estudos avançados, v. 49, n. 17 p. 117-32, 2003.

CARVALHO, D.; MEIRINHO, D. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde, v. 14, n. 3, p. 656-80, 2020.

CASTELLS, M. Redes de indignação e esperança. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CASTRO, S. Condescendência: estratégia pater-colonial de poder. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 384.

CFEMEA – CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. Incidência feminista no processo orçamentário da união. A experiência do CFEMEA. Brasília, DF, 2006.

COLLINS, P.H. Pensamento feminista negro: consciência e a política do empoderamento. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019. Tradução de Jamille Pinheiro Dias.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Cofen apoia a manutenção do termo “violência obstétrica”. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-apoia-a-manutencao-do-termo-violencia-obstetrica_70783.html#:~:text=O%20Cofen%20repudia%20todo%20e,o%20poder%20econ%C3%B4mico%20n%C3%A3o%20%C3%A9. Acesso em: 22 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM nº 32, de 23 de outubro de 2018. Relator: Ademar Carlos Augusto. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em 13 abr. 2022.

CIPOLLA, M.M. Comunicação feminista para além das margens: análise do coletivo “nós, mulheres da periferia”. 2017. 22 f. Monografia (Especialização de Mídia, Informação e Cultura) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

COLETIVO MARGARIDA ALVES. Guia de defesa popular da justiça reprodutiva. Belo Horizonte, 2020.

CRUZ, V.C. Geografia e pensamento descolonial: notas sobre um diálogo necessário para a renovação do pensamento crítico. In: _____; OLIVEIRA, Denílson Araújo de (Orgs.). Geografia e giro descolonial: experiências, ideias e horizontes de renovação do pensamento crítico. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2017. p. 388.

CUENTRO, A.C.N. Racha, a senhora é maravilhosa! Novas sujeitas e práticas políticas contemporâneas no movimento feminista na cidade do Recife-PE. 2017. 125 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 384.

DINIZ, C.S.G.; *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. Reproductive Health Matters, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018.

DINIZ, D.; BRITO, L.; RONDON, G. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. The Lancet Regional Health, v. 10, n. 1, p. 1-3, 2022.

DINIZ, S.G. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta. In: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. Saúde das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. p. 36-44.

DINIZ, S. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. In: PORTELLA, Ana Paula; DINIZ, Simone (Ed.). Questões de Saúde Reprodutiva. 6. ed. Recife: Grupo Curumim Gestação e Parto, 2013. p. 119-127.

DUBOW, C.; *et al.* Participação social na implementação das políticas públicas de saúde: uma revisão crítico reflexiva. Sau. & Transf. Soc., Florianópolis, v.8, n.2, p.103-11, 2017.

FERREIRA, M.S; GONÇALVES, E. “Parirás com Dor”: a violência obstétrica revisitada. Revista Sociedade e Cultura, v. 23, 2020.

FÓRUM DE MULHERES DE PERNAMBUCO. Dossiê do Fórum de Mulheres de Pernambuco sobre a crise da política estadual de atenção à saúde das mulheres. Recife, 2013.

FONSECA, H.A. Reflexões sobre um mandato coletivo e feminista na política legislativa de Belo Horizonte: representação política feminina e seus desdobramentos na ação política local. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, VI., 2020, Londrina. Anais [...]. Londrina: 2020. p. 398-418.

FOUCAULT, M. História da sexualidade 1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Pesquisa de opinião pública. 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 13 abr. 2022.

GÓMEZ, G.P; CORREA, J.A; ALVES, P.V. A resistência feminista e a luta pela vida na pandemia. Geografares, v. 32, n.1, p. 1-18, 2021.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz S.A., 2020.

GRUPO CURUMIM. Quem somos. Disponível em: <https://grupocurumim.org.br/curumim/quem-somos/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Cadernos Pagu, Campinas, n. 5, p. 07-41, 1995.

hooks, b. O feminismo é para todo mundo [recurso eletrônico]: políticas arrebatadoras. 1ª edição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

hooks, b. Teoria feminista: da margem ao centro. 1ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2019. - (Palavras negras). cap. 10, p. 195-213.

JUNTAS CODEPUTADAS ESTADUAIS. Mortalidade materna e violência obstétrica em Pernambuco. 2019. Disponível em: <https://www.juntascodputadas.com.br/blog/mortalidade-materna-e-violencia-obstetrica-em-pernambuco>. Acesso em: 16 abr. 2022.

KRAMER, S. A autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 116, p. 41-59, 2002.

LEAL, M.C.; *et al.* Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, 2016.

LEAL, M.C.; *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 33, Sup 1, p. 1-17, 2017.

LEAL, M.C.; *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cad. Saúde Pública, v.35, n. 7, p. 1-14, 2019.

LIMA, N.D.F.; CORDEIRO, R.S.M. Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro. Revista em Pauta, Rio de Janeiro, v. 18, n. 46, p. 101-117, 2020.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-52, 2014.

LUGONES, M. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 384.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSGUÉL, Ramón (eds.). El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Iesco/Pensar/Siglo del Hombre Editores, 2007.

MANZOTTI, C.; SILVA, T.C.; ROTTA, E. Considerações acerca da participação popular e controle social no sistema único de saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE, 8., 2021. Anais [...]. 2021.

MARCA DAS MULHERES NEGRAS. Carta das Mulheres Negras. 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/carta-das-mulheres-negras-2015/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MARIOTI, B.R.; CASSANDRE, M.P. A comunicação estratégica como um artefato em políticas públicas de saúde: um estudo de caso sobre o agravamento epidemiológico da dengue. Caderno de Administração, Maringá, v. 25, n. 2, p. 160-176, 2017.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MBEMBE, A. Necropolítica. Arte & Ensaios, n. 32, p. 123-51, 2016.

MELO, C.P.L. No tempo da espera: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife. 2017. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MIKLOS, J.; CUNHA, M.A.L. Feminismo e ecologia da comunicação na Marcha Mundial das Mulheres. Líbero, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 81-92, 2016.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MOTA, J.J.; ALMEIDA, M.N.; GONÇALVES, V.C. "Maternidades subalternizadas": as dificuldades de implementação da prisão domiciliar de mulheres mães e gestantes. Insurgência: revista de direitos e movimentos sociais, v. 7, n. 2, p. 149-178, 2021.

OLIVEIRA, R.N. A violência obstétrica em mulheres encarceradas: uma análise da realidade da penitenciária feminina do Distrito Federal. In: 16ª ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2018, Vitória. Anais [...]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018. p. 1-17.

OLIVEIRA, V.J; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Reduction of maternal mortality. Geneva, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 11 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 04 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DO 8 DE MARÇO RECIFE. Pela vida de todas as mulheres: abaixo o bolsonarismo. Pelo fim da fome, do racismo, feminicídio e transfeminicídio! 2022. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/12pG7mdSO_zGqRvgy9r9MvLZxzON545FZ/view. Acesso em: 29 mar. 2022.

PERNAMBUCO. Governo. Lei nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Governo. Plano estadual de saúde 2012-2015. Recife, 2012.

PERNAMBUCO. Governo. Lei nº 15.880, de 17 de agosto de 2016. Recife, 2016.

PERNAMBUCO. Governo. Lei complementar nº 382 de 9 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a Região Metropolitana do Recife - RMR. Recife, 2018.

PIMENTEL, C.; *et al.* Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. REALIS, v. 4, n. 1, p. 166-185, 2014.

QUIJANO, A. Colonialidad y modernidade/racionalidad. Perú Indígena, v. 13, n. 29, p. 11-20, 1992.

QUIJANO, A. Colonialidade, poder, globalização e democracia. Novos Rumos, v. 17, n. 37, p. 04-28, 2002.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (orgs.). Epistemologias do sul. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

RATTNER, D.; *et al.* ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Rev Tempus Actas Saúde Col, [s. l], v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010.

RECIFE. Câmara Municipal do Recife. Disponível em: https://publico.recife.pe.leg.br/default_index_html. Acesso em: 06 jul. 2022.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo, SP, 2002.

REDE NACIONAL DE FEMINISTAS ANTIPROIBICIONISTAS. Sobre a RENFA: rede nacional de feministas antiproibicionistas. Disponível em: <https://renfa.org/sobre-nos>. Acesso em: 15 mar. 2022.

REIS, A.P.; *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 324-340, 2020.

RODRIGUES, L.O. Parir é libertário: etnografia em um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

ROHDEN, F. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. Gênero, Niterói, v. 6, n. 1, p. 213-224, 2006.

ROLIM, L.B; CRUZ, CALLOU, R.S.B.L.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SAMPAIO, J.; BRILHANTE, M.A.S; HERCULANO, T.B. Doulas: movimento social e luta por políticas públicas sobre direitos sexuais e reprodutivos. Gênero, Niterói, v.18, n.2, p. 103-22, 2018.

SANTOS, D.S.; *et al.* Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. 2020.

SANTOS, H.F.L.; ARAUJO, M.M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. Revista Científica Facmais, v. 6, n. 2, p.54-64, 2016.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. Cadernos Pagu, Campinas, v. 16, p.137-150, 2001.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A; PICCININI, C.A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. Refacs, v. 8, n. 4, p. 960-6, 2020.

SERRUYA, S.J. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S36-S37, 2014.

SEVERINO, L.O. Cotas para participação feminina na política brasileira: entre a necessidade e a efetividade. Resenha Eleitoral, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 279-294, 2019.

SILVA, A.L.A.; *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 12, p. 1-14, 2017.

SILVA, C. S. M. Movimento de mulheres, movimento feminista e participação de mulheres populares: processo de constituição de um feminismo antissistêmico e popular. 2016. 361 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

SILVA, E.K.S.; CONTE, D. Resistir é preciso? Feminismos como forma de resistência às opressões. Fólio – Revista de Letras, Vitória da Conquista, v. 13, n. 1, p. 625-41, 2021.

SILVA, M.G.; *et al.* Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene, v. 15, n. 4, p. 720-8, 2014.

SILVEIRA, M.P. Democracia de gênero e seus desafios: como as ações afirmativas para participação feminina na política devem ser aprimoradas. Rev. Fac. Direito UFMG, Belo Horizonte, n. 75, p. 323-348, jul/dez. 2019.

SISTERSONG WOMEN OF COLOR REPRODUCTIVE JUSTICE COLLECTIVE. Reproductive Justice. Disponível em: <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>. Acesso em: 01 jun. 2022.

SOUZA, A. S.R.; AMORIM, M.M.R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 21 (Supl. 1), p. 257-61, fev., 2021.

SOUZA, J.M. Os limites da democracia participativa da perspectiva das teorias decoloniais. In: SEMANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8., 2014, Vitória. ES. Anais da Semana de Ciências Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

TORNQUIST, C.S. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 412 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

VENEZUELA. Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007. Lei Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.

VILELA, R.B.; RIBEIRO, A; BATISTA, N.A. Nuvem de palavras como ferramenta de análise de conteúdo: uma aplicação aos desafios do mestrado profissional em ensino na saúde. Millenium, v. 11, n. 2, p. 29-36, 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, v. 44, n. 22, p. 203-220, dez. 2014.

WALSH, C. Introducción. (Re)pensamiento crítico y (de)colonialidad. In: _____ (E.). Pensamiento crítico y matriz (de)colonial: reflexiones latinoamericanas. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala, 2005.

WOITOWICZ, K.J; PEDRO, J.M. Feminismo e ativismo midiático: o jornalismo como estratégia de ação política. In: FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Santa Catarina. Anais [...] . Santa Catarina: 2010. p. 1-10.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Abertura

- Promover uma explicação geral da pesquisa e retomar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Solicitar que a participante escolha um nome fictício para garantir o anonimato na pesquisa.

2. Identificação

- Nome da organização:
- Número de integrantes:
- Idade das integrantes:
- Gênero das integrantes:
- Sexualidade das integrantes:
- Raça/cor das integrantes:
- Classe social das integrantes:
- Breve histórico da organização:
- Objetivo da organização:
- Filiação teórica e metodológica:

3. Articulação

- Como se dá a relação da organização com o campo da saúde e da atenção ao parto?
- Qual a concepção sobre parto da organização?
- Qual a compreensão da organização sobre a atenção ao parto no país e em especial na Região Metropolitana do Recife?
- Diga-me as pautas e propostas da organização voltadas para as políticas públicas de atenção ao parto?
- Quais são as ações e estratégias da organização para influenciar na implementação políticas públicas de atenção ao parto?
- Quais os desafios atuais e as perspectivas relacionadas à atenção ao parto?
- Gostaria de falar algo mais?

4. Devolutiva

- Elucidar que esta pesquisa irá gerar um relatório (dissertação) e, a partir disso, compreender qual a melhor forma de produzir uma devolutiva para o movimento.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a senhora para participar da pesquisa “Redes de resistência: participação dos movimentos feministas nas políticas públicas de atenção ao parto”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Maria Rafaela Amorim de Araújo e Ana Lúcia Andrade da Silva.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que a senhora não consiga entender, converse com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende analisar a participação dos movimentos feministas na implementação das políticas públicas de atenção ao parto na Região Metropolitana do Recife. Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. Mas, caso venha a ter algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, a senhora será ressarcida. Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais.

A participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, sem prejuízo a ambas as partes. Todos os seus dados também serão removidos da pesquisa, a não ser que a senhora autorize a permanência desses na nossa análise. A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através de uma entrevista por videoconferência, através da plataforma Zoom, com perguntas abertas sobre o objetivo da pesquisa. Nenhuma pergunta será obrigatória, a senhora terá o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. A entrevista deverá durar em média uma hora e será gravada para posterior transcrição.

O risco relacionado a participação é desconforto ao falar sobre o parto e suas questões, que podem esbarrar em aspectos pessoais; além do cansaço devido ao tempo que levará para responder as perguntas do questionário semiestruturado. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram, e que os riscos descritos sejam minimizados, através de uma entrevista elaborada com minucioso cuidado e que será aplicada de modo cauteloso.

Destaca-se aqui os riscos característicos de uso de meios eletrônicos e ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas as pesquisadoras não podem assegurar total confidencialidade e reconhecem o potencial risco de sua violação. Para que esses riscos sejam minimizados, será acordado com a entrevistada o momento ideal para a coleta, atendendo algumas medidas (minimizar perturbações no local, utilizar fones de ouvido, evitar uso paralelo de aplicativos). Além disso, quando concluída a entrevista, a pesquisadora responsável fará o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou ‘nuvem’.

Os resultados dessa pesquisa ficarão disponíveis para a senhora. Essa pesquisa traz como benefício dar oportunidade as mulheres feministas para expressarem seus anseios com relação ao tema, gerando conhecimento para melhoria do planejamento, gestão e assistência dos serviços de atenção ao parto, de acordo com as políticas públicas vigentes.

Os dados armazenados poderão ser usados em pesquisas futuras, mas um novo consentimento será pedido. Todas as informações colhidas serão analisadas, mantendo-se a confidencialidade (segredo) da paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que a identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Rubricas: _____
 Pesquisadora Pesquisadora Participante

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, a senhora pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2161-2639 ou pelo e-mail: cep.iam@fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 - 12 h e das 13 - 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntária, deste estudo, clicando no botão abaixo. Ciente que uma via do termo assinada pelas pesquisadoras será enviada para meu endereço e-mail e que deverá ser guardada em meus arquivos.

Ao clicar no botão abaixo, a senhora concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche esta página no seu navegador. Enfatiza-se a importância da senhora guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.

CONCORDO

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto a participante.

Maria Rafaela Amorim de Araujo

Ana Lúcia Andrade da Silva

Para qualquer explicação entrar em contato com:

Pesquisadora: Maria Rafaela Amorim de Araujo

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: rafaelaamorim.enf@gmail.com

Telefone: (81) 99687-6205

Pesquisadora: Ana Lúcia Andrade da Silva

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: anadasilva78@yahoo.com

Telefone: (81) 99987-1492

Link do Formulário Google: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdluzwzFmVhoo-RWwL5QNEZGGeGsisQW5Ac4RAKXWimMdiq8ienfoma>

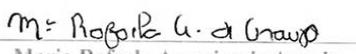
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Em referência a pesquisa intitulada “Redes de resistência: participação do movimento feminista nas políticas públicas de assistência ao parto”, eu, Maria Rafaela Amorim de Araujo, e minha orientadora, Ana Lúcia Andrade da Silva, de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 2012 e a de nº 510 de 2016, comprometemo-nos a:

1. PRESERVAR o sigilo e a privacidade dos dados que serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar as participantes;
2. DESTRUIR fotos, gravações, questionários, formulários e outros;
3. ASSEGURAR que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

Recife, 22 de setembro de 2021.



Maria Rafaela Amorim de Araujo



Ana Lúcia Andrade da Silva