



Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Saúde da Mulher

da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**A Vocalização dos Direitos das Mulheres e o Modelo de Atenção ao Parto e
Nascimento: Narrativas de Mulheres sobre o Fórum Perinatal**

Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo Silva

Rio de Janeiro

Abril de 2017



Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Saúde da Mulher

da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

A Vocalização dos Direitos das Mulheres e o Modelo de Atenção ao Parto e

Nascimento: Narrativas de Mulheres sobre o Fórum Perinatal

Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo Silva

Dissertação de mestrado apresentada
à Pós-Graduação em Saúde da
Criança e da Mulher como pré-
requisito para obtenção do título de
Mestre em Saúde da Criança e da
Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Martha Cristina Nunes Moreira

Rio de Janeiro

Abril de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

SILVA, LUIZA BEATRIZ RIBEIRO ACIOLI DE ARAUJO.

A Vocalização dos Direitos das Mulheres e o Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento: Narrativas de Mulheres sobre o Fórum Perinatal / LUIZA BEATRIZ RIBEIRO ACIOLI DE ARAUJO SILVA. - Rio de Janeiro, 2017. 125f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Martha Cristina Nunes Moreira.

Bibliografia: f. 101-107

1. Fórum Perinatal. 2. Atenção ao parto e nascimento. 3. Movimentos Sociais. 4. Direito das Mulheres. 5. Interacionismo Simbólico. I. Título.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Sonia, e meu Pai, Zenildo que me guiaram a sempre acreditar no melhor de mim e do mundo. Gratidão

Ao querido e inspirador André Guerrero, pelos momentos de equilíbrio e diversão. Amor demais!

Aos meus belos filhos, Júlia e Lucas, que todos os dias me ensinam a cuidar com leveza do cotidiano da vida. Amor infinito!

Às queridas Esther e Sonia Lievori, pela sabedoria e aprendizado no caminhar juntas pelo respeito às diferenças e alegria do viver. O que não se mede...

Às amigas da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, cada uma no seu compasso, energia e saber, me fazem sentir parte do universo feminino nas Políticas Públicas.

Às amigas de todas as horas, Célia, Aline, Bárbara e Solange, pelo apoio nos momentos de reflexão, construção e decisão.

Ao mestre Dário, companheiros Paulo Bonilha e Tatiana Coimbra, parceiros de um caminho rumo a Políticas de Saúde de qualidade, de respeito às subjetividades e transformadora do processo social.

À querida Martha, pela oportunidade instigante do mundo acadêmico e a novos voos na minha trajetória profissional.

Às colegas do curso de mestrado pela troca de experiências, saberes e afetos, sem as quais a travessia não teria sido divertida.

Às desbravadoras e aguerridas mulheres que acreditam na potência da participação social e trouxeram para esse estudo a força dos direitos humanos.

Às queridas professoras Maria e Cynthia, pela ousadia e coragem em prol da saúde das mulheres e saúde das crianças.

Aos professores do curso de Mestrado Profissional da Rede Cegonha do Instituto Fernandes Figueira que nos permitiram alçar voos no mundo científico.

Para Carlos Maciel, Cacá, diretor do Instituto Fernandes Figueiras, pela parceria de todas as horas no projeto político de atenção à saúde das mulheres e saúde das crianças.

“A pesquisa sobre como implementar mudanças nas práticas da saúde deve igualmente ser uma prioridade, uma vez que temos muito mais evidência de o que é efetivo e seguro do que sobre como fazer a mudança acontecer.”

Simone Diniz

RESUMO

O objeto da pesquisa tratou do processo de vocalização dos direitos das mulheres tendo como base as narrativas das informantes-chaves com a experiência do Fórum Perinatal. Tal objeto se coloca em virtude da necessidade de analisar a atuação dos Fóruns Perinatais como um possível diferencial na qualificação da atenção às mulheres, uma vez que os mesmos, por pressuposto, se caracterizam como um *“espaço coletivo, plural, gestor interinstitucional onde se firmam acordos éticos do estado com instituições, conselhos e sociedade civil para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e criança”*².

Como objetivo geral buscamos analisar os planos simbólicos e ideológicos presentes nas narrativas das informantes-chaves e nas memórias escritas do Fórum Perinatal relacionados ao tema da vocalização de direitos das mulheres.

Metodologia: A interpretação dos dados foi baseada na perspectiva compreensivista do interacionismo simbólico, ao valorizar as marcas sociais construídas nas e pelas interações, e articulada à hermenêutica profundidade de Thompson para organização dos personagens, cenários e ações.

Resultados e discussão: A análise das entrevistas dialogou com dois grandes eixos: (i) construção do processo socio-histórico do Fórum Perinatal e (ii) análise dos valores, ideologias e crenças a respeito da vocalização dos direitos das mulheres no espaço do Fórum Perinatal. No que diz respeito à construção do processo socio-histórico do Fórum Perinatal, a mesma se desdobra em dois conjuntos de questões: (a) crítica interna ao dispositivo em relação a quem representa, como representa e como encaminha as discussões; e (b) o que se discute nesses espaços e suas dinâmicas. As narrativas destacaram aquilo que qualifica as principais pautas de discussão: a dificuldade da garantia de leitos devido a superlotação das maternidades, a concentração do atendimento na rede municipal e a dificuldade da gestão em criar condições institucionais para o acesso e atendimento de qualidade e a eliminação da peregrinação das mulheres na hora do parto. Além disso, a possibilidade de funcionamento do Fórum Perinatal parece despontar para a necessidade de qualificar as articulações e aproximações entre os movimentos sociais e sua participação no processo de implementação da gestão e atenção ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Fórum Perinatal – Atenção ao parto e nascimento – Movimentos Sociais – Direito das Mulheres – Interacionismo Simbólico

ABSTRACT

The object of the research was the process of vocalization of women's rights based on the narratives of key informants with the experience of the Perinatal Forum. This object arises because of the need to analyze the Perinatal Forums' performance as a possible differential in the qualification of the attention to women, since, by presupposition, they are characterized as a "collective space, plural, inter-institutional management where they are signed Ethical agreements of the state with institutions, councils and civil society to promote the health and quality of life of women and children."

As a general objective we seek to analyze the symbolic and ideological plans present in the narratives of key informants and in the written memoirs of the Perinatal Forum related to the theme of vocalization of women's rights.

Methodology: The interpretation of the data was based on a comprehensive perspective of symbolic interactions, when valuing the social marks constructed in and through the interactions, and articulated Thompson's depth of hermeneutics for the organization of the characters, scenarios and actions.

Results and discussion: The interview analysis discussed two main axes: (i) the construction of the socio-historical process of the Perinatal Forum and (ii) analysis of values, ideologies and beliefs about the vocalization of women's rights in the Perinatal Forum space. With regard to the construction of the socio-historical process of the Perinatal Forum, it unfolds in two sets of questions: (a) internal criticism of the device in relation to who it represents, how it represents and how it guides the discussions; And (b) what is discussed in these spaces and their dynamics. The narratives highlighted what qualifies the main discussion lines: the difficulty of guaranteeing beds due to overcrowding of maternity wards, the concentration of care in the municipal network and the difficulty of management in creating institutional conditions for access and quality care and elimination of the pilgrimage of women at the time of childbirth. In addition, the possibility of functioning of the Perinatal Forum seems to point to the need to qualify the articulations and approximations between social movements and their participation in the process of implementation of management and attention to childbirth and birth.

Keywords: Perinatal Forum - Attention to childbirth and birth - Social Movements - Women's rights - Symbolic Interaction

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	21
2.1 Resgatando antecedentes brasileiros para o formato do Fórum Perinatal	22
2.2 Humanização na Saúde e a assistência ao parto no Brasil: o desafio da integralidade e dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	28
CAPÍTULO 3 – MÉTODOS	40
3.1 O Fórum Perinatal como universo de estudo: seus documentos e personagens.	40
3.2 O caminho para o acesso ao universo de estudo e às mulheres participantes da pesquisa	42
3.3 O desafio do trabalho com documentos: como acessar as fontes para caracterizar a relação entre o movimento feminista e a vocalização do direito à saúde das mulheres?	46
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1 Resultados	58
4.2 Discussão	66
4.2.1 Reconstrução do processo sócio-histórico de criação do Fórum Perinatal: a emergência das contradições	66
4.2.2 Análise do ponto de vista das informantes-chaves sobre valores, crenças e ideologias presentes no reconhecimento e vocalização dos direitos das mulheres	80
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES	95
6 REFERÊNCIAS	101

APÊNDICES

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas Narrativas (Baseado na Resolução CNS 466/12).	108
Apêndice 2. Orientação para a Realização da Narrativa.	111
Apêndice 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas Narrativas via Skype (baseado na Resolução CNS 466/12).	113
Apêndice 4. Orientações para Consentimento e Realização da Entrevista por Skype (carta ao CEP).	117
Apêndice 5. Caracterização dos Fóruns Perinatais da região Norte Brasileira.	120
Apêndice 6. Caracterização dos Fóruns Perinatais da região Nordeste 1 Brasileira.	121
Apêndice 7. Caracterização dos Fóruns Perinatais da região Nordeste 2 Brasileira.	122
Apêndice 8. Informações dos registros das reuniões dos Fóruns Perinatal – período de março de 2014 a julho de 2016 (reuniões IX e X).	123
Apêndice 9. Continuação Informações dos registros das reuniões dos Fóruns Perinatal – período de março de 2014 a julho de 2016 (reuniões XI a XIV).	124
Apêndice 10. Continuação Informações dos registros das reuniões dos Fóruns Perinatal – período de março de 2014 a julho de 2016 (reuniões XV a XVI).	125

SIGLÁRIO

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem

ABENFO – Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica

ACR – Acolhimento e Classificação de Risco

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CBO - Classificação Brasileira de Ocupação

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMM – Comitê de Mortalidade Materna

CEP – Conselho de Ética em Pesquisa

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPN – Centro de Parto Normal

CRM – Conselho Regional de Medicina

DSDR - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

GCE-RC – Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha

INSCMA-IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Fernandes Figueira

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAR/RC – Plano de Ação Regional da Rede Cegonha

PNAISM – Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

PNH – Política Nacional de Humanização

PQM/PRMMI – Plano de Qualificação das Maternidades no âmbito do Pacto pela

Redução da Mortalidade Materna e Infantil

PRMMI – Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil

PROADI – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretarias Municipais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

A escrita da presente dissertação se liga ao meu percurso como integrante técnica da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde na implementação da Rede Cegonha, com a função de monitoramento e avaliação dessa Rede. No entanto, nenhum monitoramento ou avaliação pode fazer sentido sem que possamos considerar perspectivas qualitativas sobre os possíveis diferenciais e impasses no reconhecimento dos direitos das mulheres. No caso da Rede Cegonha, um dos espaços instituídos para o reconhecimento dos direitos das mulheres e seu fortalecimento é o Fórum Perinatal.

A identificação do objeto de estudo - centrado na maneira como os direitos das mulheres e o modelo de atenção ao parto e nascimento ganha vocalização nas narrativas de informantes-chaves sobre o Fórum Perinatal - reúne três questões inquietantes em minha trajetória na gestão do SUS: (a) os processos relativos à garantia do direito à saúde (questão trazida à tona logo nos primórdios quando investi meus estudos e trabalhos na política de saúde mental); (b) a articulação da garantia desse direito na perspectiva da atenção ao Parto Nascimento (iniciada aproximação pelos encontros profissionais e afetivos no Ministério da Saúde); (c) o papel do Ministério da Saúde na indução das Boas Práticas de Atenção e Gestão do SUS na perspectiva das ofertas de tecnologias de aprimoramento da gestão e atenção. Reúne-se a isso o fomento de experiências criativas e mobilizadoras de coletivos organizados para a produção em saúde nos idos de 2001, quando assumi o primeiro trabalho técnico no Ministério da Saúde no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem.

Na atual pesquisa emerge a questão do fomento aos coletivos organizados para a produção do cuidado a partir dos espaços dos Fóruns Perinatais, trazido pela política

nacional da Rede Cegonha enquanto um dispositivo explícito do modo de operar e mobilizar o modelo de gestão e atenção ao parto e nascimento.

Em 2009 o Fórum Perinatal foi induzido pelo Ministério da Saúde por meio do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil na Amazônia Legal e Nordeste¹ e investido em 2011 com a Rede Cegonha². Esse espaço foi apresentado como uma estratégia capaz de promover o deslocamento e avanço da gestão da política de atenção ao parto e nascimento. Isso se daria através da análise e produção coletiva e participativa das ações prioritárias desta atenção, com a garantia da participação de gestores, profissionais de saúde, ministério público e sociedade civil. O fomento dos Fóruns Perinatais passou a ser uma das ações estratégicas do trabalho dos apoiadores do Ministério da Saúde na implementação da Rede Cegonha.

Assim, por meio dos relatórios descritivos dos apoiadores da Rede Cegonha, a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde acompanhou a existência e operacionalização dos Fóruns Perinatais nas 27 Unidades Federadas, no período 2011 a 2016.

A Rede Cegonha foi instituída no SUS após sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS em abril de 2011 com portaria de regulamentação GM/MS nº. 1.459 de junho de 2011². Nessa portaria, a Rede Cegonha foi definida como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Tendo como objetivos: (i) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (ii) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso,

acolhimento e resolutividade; e (iii) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Além disso, traz como premissa que sua organização deva ocorrer de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com as diretrizes de Rede de Atenção à Saúde no SUS, a partir das seguintes diretrizes: (i) garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (ii) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (iii) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (iv) garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e (v) garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo².

Na pactuação e regulamentação da Rede Cegonha foi definida sua operacionalização em cinco fases: (1) adesão e diagnóstico; (2) desenho regional da Rede Cegonha; (3) contratualização dos pontos de atenção; (4) qualificação dos componentes e (5) certificação. Sendo necessário na fase (2) a elaboração de um Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC) com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Também foi destacado na operacionalização da Rede Cegonha o fomento a instituição do Fórum Rede Cegonha. Este com a finalidade de construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de

um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

No período de 2011 a 2013 as ações da Rede Cegonha nas regiões de saúde foram implementadas por meio da elaboração, acompanhamento, implementação e avaliação dos PAR-RC com a participação do Ministério da Saúde representado pelos apoiadores da Rede Cegonha e referências técnicas da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Maternoⁱ.

A partir de 2014 as ações da Rede Cegonha começam a ser questionadas pelos novos gestores e as ações e demandas à Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde ficam direcionadas aos resultados quantitativos: indicadores do pré-natal, de parto normal, de sífilis congênita, de obras concluídas, de capacitação de profissionais, especialmente enfermagem obstétrica. Além disso, o papel do apoiador da Rede Cegonha e o arranjo de gestão da Rede Cegonha (grupos condutores, planos de ação regional, fórum perinatal) são questionados quanto a sua efetividade e eficiência.

Nesse momento as perguntas complexas são acompanhadas de demandas complexas a serem respondidas em curto tempo. A aposta da Rede Cegonha foi na mudança do modelo de atenção e gestão alicerçado pela transformação dos processos de trabalho e de relação horizontal nos e com os territórios. Como demonstrar, de forma objetiva, esses processos e os resultados esperados em longo prazo?

Uma maneira de responder a esses questionamentos era enfrentá-los academicamente através de um mestrado profissional cujo resultado seria o retorno a essas memórias considerando a necessidade de fazer outras perguntas, reflexões e, assim, promover a construção de um conhecimento crítico e qualificado. As perguntas que pude escutar a partir de 2014 eram cercadas de muitas pressões: *“Reduziu parto*

ⁱ Relatório de execução da Rede Cegonha da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, em parceria com o Instituto Fernandes Figueira, 2011 a 2013.

normal? Os números ainda não podiam demonstrar! A sífilis congênita, porque não é reduzida? Este grupo condutor não é empoderado, são técnicos sem poder de decisão efetiva (será que os gestores têm poder de decisão efetiva?). Para que servem esses Fóruns Perinatais? Para que o Ministério da Saúde precisa saber se existem Fóruns Perinatais? Vocês abriram minhas frentes e não conseguem monitorar e avaliar. Quais os desafios e prioridades para curto prazo?”

Orientadas pelo processo de planejamento estratégico da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres iniciado no 2º semestre de 2015 foi possível nova imersão na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)³ e delineamento das prioridades técnicas para 2016/2017. Foram realizados investimentos técnicos nas estratégias de como avançar nas ações já financiadas e em desenvolvimento, como: processo avaliativo das maternidades e Planos de Ação Regional da Rede Cegonha já financiados; monitoramento da execução das obras já financiadas; qualificação da política do planejamento reprodutivo e projetos de qualificação dos profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento (em parceria com Organização Pan-Americana em Saúde-OPAS e Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde-PROADI/SUS); apoio técnico para organização da rede de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual e articulação com apoiadores de Redes de Atenção à Saúde para intensificação da pauta da Rede Cegonha nas suas agendas.

A partir da Oficina de planejamento realizada em maio de 2016 com as coordenações estaduais e de capitais de saúde das mulheres foram reforçadas as ações prioritárias para 2016/2017 e reestabelecido o vínculo com as Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais. Nessa oficina, pôde-se ter um panorama parcial do ritmo reduzido das ações coletivas da Rede

Cegonha nos estados e capitais. De certa maneira a dinâmica federal repercutia nos movimentos estaduais e municipais. Grupos Condutores da Rede Cegonha com poucas reuniões, Planos de Ação Regional da Rede Cegonha aguardando pactuações e/ou respostas do Ministério da Saúde e Fóruns Perinatais sem funcionar. Momento de avaliação e retomada das prioridades.

É importante associar a essa justificativa de trajetória uma análise do cenário sanitário brasileiro. Nesse contexto convivem ainda elevados números de mortes maternas e neonatais evitáveis e o baixo grau de resposta do sistema aos problemas identificados nas duas últimas décadas. Dentre esses problemas citamos: a fragmentação do sistema de saúde, a baixa garantia dos direitos dos usuários, a tímida participação dos usuários no plano de cuidado da sua própria saúde, a pouca inovação diante dos mesmos problemas. Tais problemas apontam que a organização da atenção ao parto e nascimento no Brasil ainda carece de estruturas condizentes com os princípios e diretrizes do SUS⁴.

Ao mesmo tempo, reafirma-se a necessidade do fortalecimento da participação social na atenção ao parto e nascimento, como princípio constitutivo que rege a organização do SUS, e que representa o reconhecimento de práticas baseadas nos direitos das mulheres. Olhar para os Fóruns Perinatais pode indicar novas possibilidades de fortalecimento das Políticas Públicas na garantia dos direitos sociais das mulheres.

A Rede Cegonha enquanto política pública indica, em tese, o arranjo de gestão denominado Fórum Perinatal como um dispositivo de rede viva (participativa e democrática) e mobilizador de respostas mais rápidas do sistema de saúde às necessidades das mulheres no período gravídico puerperal. No entanto, vale ir ao encontro das narrativas para interpretar quais os personagens, informantes-chaves, componentes ideológicos, arranjos podem operar na direção disso que a Rede Cegonha

indica, e o que não funciona ou opera garantindo direitos. Assim, esta pesquisa pretendeu interrogar, questionar e sistematizar os conhecimentos e ações geradas a partir das narrativas de informantes-chaves que participaram ou participam do Fórum Perinatal, indagando se o mesmo opera como promotor de inovações no campo da garantia de direitos para as mulheres.

Assim, diante da opção conceitual de conceber a produção do cuidado a partir da efetiva participação do sujeito, seja nas interações subjetivas advindas do agir em saúde, (quando pensamos a partir do plano individual), seja nos atos da participação social, (quando pensamos a partir do plano coletivo), pretendeu-se contribuir com a sistematização e publicização da experiência ocorrida na implementação do Fórum Perinatal. E nessa direção poder indagar o quanto ele tem se tornado um dispositivo possível de induções para: (a) produção do cuidado às mulheres, e (b) promoção da garantia dos seus direitos.

Diante do exposto, propõe-se como objeto: o estudo do processo de vocalização dos direitos das mulheres tendo como base as narrativas de informantes-chaves com a experiência do Fórum Perinatal. Tal objeto se coloca em virtude da necessidade de analisar a atuação dos Fóruns Perinatais como um possível diferencial na qualificação da atenção às mulheres, uma vez que os mesmos, por pressuposto, se caracterizam como um *espaço coletivo, plural, gestor interinstitucional onde se firmam acordos éticos do estado com instituições, conselhos e sociedade civil para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e criança*². Esses fóruns parecem despontar como um arranjo potente à mudança do modelo de gestão e atenção ao parto e nascimento, enquanto um dispositivo estratégico na organização em rede da atenção obstétrica e neonatal/Rede Cegonha/2011 ao favorecer a participação social nas questões regionais atinentes aos direitos das mulheres no modelo de atenção ao parto e nascimento. Um

espaço onde a presença dos usuários e profissionais de saúde pode despontar para uma nova lógica de regulação estatal⁵.

Como objetivo geral, buscamos analisar os planos simbólicos e ideológicos presentes nas narrativas das informantes-chaves e nas memórias escritas do Fórum Perinatal relacionados ao tema da vocalização de direitos das mulheres. E os objetivos específicos são: (a) sistematizar as principais pautas do Fórum Perinatal que possuem em seus desdobramentos ações relacionadas à vocalização de direito à saúde; (b) reconstituir o processo sócio-histórico de criação do Fórum Perinatal a partir da narrativa de suas informantes-chaves; e (c) analisar o ponto de vista das informantes-chaves sobre valores, crenças e ideologias presentes no reconhecimento e vocalização dos direitos das mulheres.

A estrutura da dissertação segue com o primeiro capítulo do marco teórico conceitual onde explicitamos as categorias principais que estão referidas a Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (DSDR) e gênero, ambas transversalmente dialogando com o campo da humanização e do modelo de parto e nascimento. O capítulo de método explicita a Hermenêutica de profundidade de Thompson⁶ como central para a análise e interpretação dos dados, considerando o “lugar de fala” das participantes do estudo e situando em um eixo temporal os personagens, cenários e eventos no contexto da análise sócio-histórica. O terceiro capítulo se encarrega dos resultados e discussão que são construídos a partir da análise empreendida conforme descrito anteriormente, acrescida de uma organização que privilegia o diálogo com os objetivos específicos descritos. E por fim, a conclusão representa o espaço de retomada das questões iniciais e dos seus objetivos a fim de assinalar limites e achados, possibilitando abertura de diálogos futuros.

“Nenhum sujeito é seu próprio ponto de partida; e a fantasia de que o seja só pode desconhecer suas relações constitutivas refundindo-as como o domínio de uma externalidade contrabalançadora.”

Judith Butler⁷

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

O presente estudo apoia-se na compreensão do parto e sua assistência como fenômenos complexosⁱⁱ e seu estudo é também uma área de interesse das ciências sociais e humanas em saúde, dada a permeabilidade das práticas às culturas locais e sua grande variabilidade geográfica. Entre as dimensões envolvidas na formatação cultural das práticas de assistência ao parto estão a cultura sexual daquela sociedade, suas hierarquias e valores de gênero, raça, classe social, geração, entre outras⁸.

Persistem desigualdades e a qualidade da assistência é limitada pela escassa atenção às evidências sobre segurança e conforto dos procedimentos, e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres.

Diante desse quadro, é preciso utilizar as várias linguagens que facilitem o diálogo entre os setores que podem fazer a diferença para a mudança nas práticas de assistência. Entre eles, formuladores de políticas, o controle social do SUS, pesquisadores (das ciências sociais, epidemiologia, pesquisa clínica), e os movimentos sociais⁸.

O chamado paradoxo perinatal brasileiro expresso por Diniz, em 2009, faz conviver níveis de mortalidade incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico no país, do conhecimento e da tecnologia de saúde perinatal disponível, que ainda não atinge quem mais precisa⁸. O paradigma da assistência ao parto e nascimento predominante no imaginário cultural brasileiro parece estar baseado em um modelo tecnocrático, que entra em conflito com o ideário de um papel ativo da mulher e sua

ⁱⁱ O parto é um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento (Aguiar JMD, Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface-Comunic., Saúde, Educ. 2011;15(36):79-92). Por isso é complexo. No sentido de não ser apenas relacionamentos simples de causa e efeito, mas uma cadeia de fatores, potencialmente muito longa, que causa múltiplas interações (Penn-Kekana L, McPake B, Parkhurst J. Melhorando a saúde materna: fazendo o que funciona acontecer. SAUDE. 2007;15(30):35).

família no processo do nascimento. Ou seja, reside uma tensão não resolvida entre prerrogativas legais e lutas históricas dos movimentos sociais por uma assistência mais humanista e a perspectiva tecnocrática, medicalizante e autoritária sobre o corpo da mulher⁹. São velhos e novos desafios que requerem esforços em um movimento pela ética no cuidado em saúde, comprometido com a equidade, com a distribuição mais justa dos bens e serviços disponíveis⁴.

2.1 RESGATANDO ANTECEDENTES BRASILEIROS PARA O FORMATO DO FÓRUM PERINATAL

Cabe destacar a relevância de discutir os direitos sexuais e reprodutivos no bojo das caracterizações dos direitos sociais. Segundo Correa e Petchesky⁹ as bases para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres se inscrevem em quatro princípios éticos: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. São questões afetas diretamente quando analisamos a qualidade do atendimento às mulheres no momento do parto e nascimento no SUS e que, portanto, deveriam ser temas dos debates na implementação da Rede Cegonha.

Em 2009, o Plano de Qualificação das Maternidades no âmbito do Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal (PQM/PRMMI)¹ opera como um dispositivo indutor para a melhoria da atenção à saúde materna e infantil nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, com vistas a enfrentar um dos principais problemas: os altos índices de Mortalidade Materna e Neonatal e as desigualdades sociais e econômicas regionalmente localizadas no País. Além dessa iniciativa, um pensamento e ação baseados no modelo das Redes de Atenção à Saúde ganha força na segunda década

dos anos 2000. Dentre as cinco redes estratégicasⁱⁱⁱ induzidas pelo Ministério da Saúde situa-se a Rede Cegonha², em resposta às necessidades de qualificação da atenção à saúde materna e infantil.

Em 2011, a partir das ações realizadas para a atenção obstétrica e neonatal desde 1984¹⁰⁻¹³ e alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres-PNAISM³, o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pactua a implementação da Rede Cegonha com a revisão e atualização das respectivas normativas nacionais e a incorporação de novos dispositivos indutores da mudança da prática na atenção ao parto e nascimento. Pode-se considerar que esses novos dispositivos extrapolam os incentivos na modalidade de repasse financeiro e prêmios de destaque na assistência, por exemplo, com a indução da implementação dos Fóruns Perinatais e da presença do apoio institucional do Ministério da Saúde às equipes de gestão e atenção².

Mesmo com tantos marcos legais persiste como desafio a necessária mudança nas práticas predominantes nos serviços de saúde, herança de uma cultura de muitos anos de discriminação no atendimento da população dependente do serviço público, que privilegia a conveniência institucional e dos profissionais, a dificuldade de se construir uma nova relação de igualdade de direitos e equidade e a visão medicalizada do parto. É preciso modificar o paradigma da assistência ao nascimento predominante no

ⁱⁱⁱ Rede de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 1.600/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>); Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/2011, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html); Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Portaria GM/MS nº. 793/2012, Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>); Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº. 483/2014, Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>).

imaginário cultural brasileiro e resgatar o papel ativo da mulher e sua família no processo do nascimento, com a assistência mais humanista e menos tecnocrática¹.

Assim, como fruto das ações desenvolvidas, pode-se destacar que a Rede Cegonha incorpora em seu arranjo operacional marcadores^{iv} de qualificação da atenção nos componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e saúde da criança, dentre eles, destacamos o fomento à Fóruns Perinatais como indutores de uma gestão participativa.

Segundo as orientações/recomendações do Ministério da Saúde, o Fórum Perinatal tem como finalidade a construção de *espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento*, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha.

Para Figueiredo e Lansky¹⁴, os fóruns são dispositivos transformadores dos processos de intervenção em contextos de organização e articulação dos serviços e da qualificação do cuidado em saúde: “[...] estamos considerando o Fórum Perinatal como um espaço plural de construção de propostas, projetos, desenvolvimento de ações voltadas para a mudança modelo de gestão e atenção obstétrica e neonatal”.

No bojo dessa definição está o fundamento do sistema de saúde brasileiro, onde está presente a necessária participação de todos, usuários, profissionais e gestores do SUS, ou seja, é função de todos contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde. Assim, como a garantia do direito exige sua definição, sua concretude diante da realidade local, o

^{iv} Considerando a normativa pactuada em 2010 de Redes de Atenção à Saúde (RAS) são destacados os dispositivos operacionais para atuação em rede de atenção por atributos e fases operacionais. No âmbito da Rede Cegonha, destacamos: (i) institucionalização do Grupo Condutor da RC com a participação de um representante do MS; (ii) atuação do apoiador institucional do MS por estado; (iii) elaboração do desenho da rede orientada por uma matriz diagnóstica regional; (iv) Pactuação de uma plano de ação regional da RC (PAR/RC) orientado pelos atributos de RAS; (v) fomento à Fóruns Perinatais; (vi) contratualização dos pontos de atenção; (vii) processo tripartite de monitoramento e avaliação orientado pelos PAR e indicadores estratégicos da RC.

direito à saúde apenas será assegurado numa organização estatal e social que privilegie o poder local, uma vez que a responsabilidade deve ser especificada para que o direito seja garantido¹⁵.

Em recente pesquisa de mestrado, Costa¹⁶ sistematiza as principais características dos Fóruns Perinatais implantados no País, e nesta caracterização destaca que a participação do movimento social é apontada como principal potência dos fóruns. Porém, a apropriação deste espaço como espaço público, de todos os que participam, de decisões coletivas é o maior desafio. Ainda é necessário avançar de fato para a participação efetiva dos movimentos e apropriação dos usuários.

Nessa pesquisa, Costa¹⁶ aponta que algumas diretrizes da Rede Cegonha foram disparadas e fortalecidas no espaço do Fórum Perinatal, tais como: implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (ACR); garantia do direito ao acompanhante de livre escolha em todos os momentos do parto; discussão e análise de óbitos maternos e neonatais; reorganização dos processos de trabalho das unidades básicas de saúde e maternidades para garantia da vinculação, entre outras.

Diante da dificuldade da participação social fica a pergunta: as ações de implementação do Fórum Perinatal foram definidas a luz das necessidades das usuárias e a partir de um debate amplo e inclusivo que permite a participação ativa das mulheres na garantia dos seus direitos na atenção ao parto? Ou se tornou mais uma estratégia de organização gerencial do sistema de saúde para determinado grupo assistencial, sem, contudo, incluir as maiores interessadas nas decisões e na garantia de seus direitos, ou seja, as mulheres e seus representantes?

A experiência consolidada da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, iniciada em 1993, foi uma importante referência prática para a construção local do que seria a experiência do Fórum Perinatal para cada um dos territórios envolvidos no Plano de

Qualificação das Maternidades no âmbito do Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal (PQM/PRMI) e posteriormente com a Rede Cegonha.

A Comissão Perinatal de Belo Horizonte é um fórum interdepartamental na Secretaria Municipal de Saúde e interinstitucional, de discussão permanente, com caráter técnico e educativo, deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao RN.

Tem a atribuição de planejar, avaliar, monitorar, normatizar e divulgar a gestão das ações de saúde, envolvendo a rede integral de assistência - Trabalha para a construção de um acordo ético no município (...) É iniciativa pioneira no país, reunindo a gestão municipal, serviços públicos, setor privado e o controle social.⁴

Sua característica operacional e concreta pode ser identificada nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, segundo levantamento de Maia (2008)⁵:

As atribuições da Comissão Perinatal de Belo Horizonte passam a ser: Avaliar a assistência pré-natal, ao parto, ao recém-nascido, ao puerpério e à criança menor de um ano no município, relacionadas com as causas de mortalidade materna, perinatal e infantil; Elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência qualificada à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal e infantil por causas evitáveis; Monitorar a assistência oferecida à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, relacionadas com as causas de mortalidade materna, perinatal e infantil; Divulgar aos órgãos competentes e à sociedade em geral os resultados do trabalho realizado, bem como as recomendações para a execução das intervenções consideradas necessárias.

A garantia do direito à saúde, como direito essencial à dignidade humana, pode ser destacada como um grande marco da Constituição Federal de 1988, com destaque à época para o movimento da municipalização e a participação social¹⁴. Assim, é responsabilidade do Estado propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o

princípio da integralidade¹⁷. Nesse sentido, apontam Gomes e Pinheiro¹⁷, “[...] a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”. Assim, a integralidade enquanto princípio constitucional pode ganhar ação concreta de cidadania, no cotidiano da assistência à saúde, por meio dos vínculos e práticas inclusivas. Entretanto, esta prática enfrenta dificuldades concretas no cotidiano das condições de trabalho e condições sociais e econômicas da população usuária do SUS¹⁸.

No campo da saúde das mulheres, observa Correa (apud Costa¹⁹) podemos observar os esforços na intenção de estabelecer um vínculo entre saúde e direitos reprodutivos, em uma perspectiva que integra premissas de desenvolvimento equitativo e direitos humanos, além de trazer à tona a questão de gênero nas relações sociais.

A Rede Cegonha é uma resposta perante a responsabilidade dos gestores na busca pela garantia dos direitos à saúde e está permeada pela questão da Universalidade das Políticas Públicas na diversidade territorial, social e cultural do país e pela singularidade das necessidades e individualidades das mulheres e suas famílias. Carneiro aponta para a Rede Cegonha como a defesa da cidadania, direitos fundamentais consignados na Constituição Federal de 1988, exercício e segurança do parto cidadão¹⁹; mas por outro lado destaca um desafio que pode não ser percebido pelos gestores do sistema de saúde nem pelos profissionais de saúde. O desafio de garantir a singularidade e integralidade na atenção à parturiente.

O desafio é promover a organização da atenção ao parto e nascimento diante do “dilema de uma política universalista” que responda as necessidades de igualdade para todas as brasileiras e ao mesmo tempo incluir as diferenças e subjetividades. Produzir

saúde considerando a pluralidade de percepções e de significados de saúde X doença e de pessoas²⁰.

É necessário procurar respostas no processo social e político dialógico entre os sujeitos que permitam produzir ações concretas nas ações de saúde. Segundo Puccini e Cecílio²¹, uma possibilidade que surge a partir do movimento de abandonar e recolar

[...] os nobres e elevados horizontes de compreensão do mundo e dos valores morais, recitados religiosamente, para recoloca-los segundo limites da vida real, das condições cruentas e primárias da sobrevivência material, cultural e moral dos homens, segundo as diferentes vivências da alienação, das desigualdades sociais e da sua reprodução sistêmica.

2.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E A ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: O DESAFIO DA INTEGRALIDADE E DOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

O constructo de humanização na saúde baseada nos direitos convoca à noção de atenção/cuidado em saúde indissociável da integralidade da atenção. A integralidade é aqui tomada como Gomes e Pinheiro¹⁷ ao tratar esse princípio do SUS, definido no texto constitucional como uma bandeira de luta, repleta de valores que devem ser defendidos, e cujo conceito continua em construção.

Em outras palavras, um cuidado integral em saúde, entendendo integralidade como “[...] dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde”²², novos arranjos de gênero. Um cuidado baseado num olhar singular pautado na articulação entre contextos de vulnerabilidade, potencialidades e modos de cuidado da vida com as mulheres e pelas mulheres.

Todavia, torna-se necessário sistematizar os conhecimentos que se associam a esse entendimento, tomando como guia o ensaio de Mattos²³, que reúne três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa medicina, a

integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Gomes e Pinheiro¹⁶ avançam na formulação de uma definição operatória de integralidade como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança.

Desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades²⁴.

Sua visibilidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços. Como exemplo, tem-se o acolhimento/usuário-centrado e a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter²⁵.

Isto implica reconhecer a relevância da humanização do parto na construção do direito à saúde como uma questão de cidadania. Neste sentido, é necessário rever o papel da equipe, dos gestores e usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder e a garantia da expressão e vivência das diferenças. Cidadania caminha ao lado da democracia, e democracia se faz em ato. Segundo Bobbio et al. (apud Pinheiro e Mattos²⁶), os direitos de cidadania são históricos e legitimados por lutas em defesa da liberdade e contra velhos poderes, e se deram de maneira gradual. Primeiramente, afirmaram-se os direitos civis de liberdade, que tendem a limitar o poder do Estado, reservando-o para indivíduos ou grupos particulares. Num segundo momento, são promulgados os direitos políticos como forma

de autonomia em relação ao Estado e finalmente os direitos sociais, que vêm como expressão do amadurecimento de novas exigências, como bem-estar e igualdade definidos por meio do Estado²⁶.

Assim sendo, a cidadania é um conceito em construção e possui sentidos e significados coerentes com o seu tempo. A nova cidadania tem como referente central a noção de direitos. O direito a ter direitos. O direito à igualdade e à diferença. A reivindicação ao acesso, à inclusão, à participação e ao pertencimento a um sistema político já dado (e também em construção).

Essa concepção ganha mais ênfase quando tratada em relação aos direitos humanos das mulheres. O direito da mulher a ter controle sobre questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, a decidir livremente a respeito dessas questões, sem verem-se sujeitas à correção, à discriminação ou à violência²⁶. Nesse contexto, a concepção de integralidade na atenção à saúde das mulheres ganha operacionalidade por meio dos determinantes sociais e a efetiva participação social. Para que isto ocorra, acentua Costa²⁷, é “[...] necessário seguir a trilha da politização permanente da sociedade civil e, ao mesmo tempo, permitir soluções criativas de transformação da sociedade movidas pelos interesses coletivos, pela justiça social e pela cidadania”. A saúde das mulheres deve ser concebida valorizando a perspectiva de classe social e de gênero na determinação social da saúde, e desta visão complexa e ampliada, retomar a necessária articulação da saúde com as políticas sociais.

A compreensão das desigualdades sociais e de gênero como um importante dispositivo de categoria interpretativa da atenção à saúde das mulheres remonta a situação de que um maior e melhor acesso à saúde não necessariamente reduz as demais desigualdades derivadas das relações de gênero, em especial as que se inscrevem no terreno da subjetividade. A análise dos modos particulares como as relações de gênero

se organizam em situações concretas e específicas, e de como esta organização reflete, interfere ou se interconecta com as demais dinâmicas sociais, é tomada como um pressuposto estruturante da organização social da atenção à saúde das mulheres. Ao compreendermos que gênero é um conceito eminentemente relacional, ao mesmo tempo em que se assume como político, nos permite ampliar a visão dos eventos humanos como eventos políticos.

A análise das relações de gênero pode oferecer novos ângulos de compreensão acerca dos eventos da vida de mulheres e homens, contribuindo para a rediscussão da autonomia reprodutiva²⁸. Essa perspectiva pode contribuir para reconhecer as dinâmicas da diferença, e analisar os caminhos da desigualdade entre homens e mulheres. A fim de promover a equidade, cabe problematizar como as políticas públicas reconhecem e incorporam essa dinâmica como constitutiva das relações sociais e, portanto, das condições de saúde da população.

Assim, o presente estudo considera as possibilidades de diálogo entre a categoria de gênero, integralidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos e modelo de atenção ao parto e nascimento como dimensões essenciais ao entendimento da atenção pública à saúde das mulheres e da democratização social^{29,30}. E para tal, privilegiando espaços coletivos, plurais e heterogêneos, aqui denominados Fórum Perinatal, interrogando os arranjos capazes de incluir tais questões, tratá-las, interagir com elas e por meio delas.

Correa³¹ reflete sobre a correlação entre democracia e direito das mulheres à autonomia reprodutiva, lançando um olhar sobre a construção democrática brasileira e sua similaridade com os caminhos e debates sobre a questão do direito ao aborto e a política brasileira sobre o tema. Apresenta uma análise comparativa dos países, que permite, em alguns casos, um perfil linear entre construção ou instabilidade da democracia e suas implicações nos referenciais da legislação sobre o aborto, e, em

outros casos, identifica que não há essa linearidade e julga demandar maiores análises diante da complexidade histórica. Assim, destaca que tratar do direito de decidir, como questão da democracia, é fundamental.

No campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos a questão da democracia é ainda mais emblemática, na medida em que podemos afirmar, assim como Ruth Ginzburg, juíza da Corte Suprema norte-americana, “[...] que a autonomia reprodutiva é condição inegociável para a participação plena das mulheres na esfera pública, seja no mundo do trabalho, seja na vida política da res pública”³². E podemos complementar, também na vida privada, na medida desta vida privada poder significar privacidade e intimidade e não privação²⁹. A sociedade é provocada pelos movimentos feministas a incluir as mulheres na vida pública, a enfrentar as desigualdades entre homens e mulheres, e a enfrentar as desigualdades sociais e econômicas impostas pelo modelo patriarcal e heteronormativo²⁹.

A autora destaca que a trajetória brasileira da política do aborto é uma ilustração robusta do caráter antidemocrático e autoritário das forças contrárias à autonomia reprodutiva das mulheres. E aponta ser produtivo pensar a difícil trajetória do debate sobre aborto como precursora dos divisionismos radicais e do autoritarismo que hoje atropela a democracia brasileira. Assim, indicando pistas de como ressignificar estratégias e condutas diante dos processos sociais em curso, indicando possibilidades de avanços ao enfrentar o desafio de encontrar e valorizar caminhos que otimizem o fim da solidão, contribuindo para ampliar e diversificar espaços, atores e estratégias de contestação e resistência rumo à democracia social e garantia da autonomia e liberdade reprodutiva e sexual²⁹.

Tais questões nos remetem às contribuições do movimento feminista na garantia dos direitos das mulheres. Diz Ávila³⁰:

O feminismo realizou uma conquista fundamental na transformação das relações de gênero ao instituir as mulheres como sujeito político do processo de transformação social, e essa é, com certeza, sua grande contribuição histórica para o movimento das mulheres no geral, uma vez que a construção desse sujeito produziu uma ruptura com a heteronomia do que se denomina condição feminina, trazendo para as mulheres a possibilidade de romper com a situação de vítimas ou de protegidas e com a fixidez de uma identidade imposta por essa condição.

Assim, podemos dizer que investir em uma política pública de saúde comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais, lançando um olhar político diante da diversidade, das mulheres, representará uma conquista política para democracia. Fortalecerá o processo de democratização da sociedade brasileira, contribuindo para superar suas heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas²⁹.

Uma transformação social que vai no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e controle da vida reprodutiva e sexual para o princípio da ética e da liberdade. Políticas públicas dirigidas a esses direitos devem estar voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual²⁹.

Nesse sentido, a reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões cruciais que hoje estão colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar nestes campos os meios de promover bem-estar, de prevenir contra morbimortalidade e de assegurar tratamentos e curas necessários²⁹.

A mortalidade e a morbidade materna grave não se distribuem de modo aleatório entre as mulheres. Revelam a iniquidade da sociedade, pois nem todas usufruem dos

avanços e conhecimentos na medida de sua necessidade. Os estudos mostram que se concentram nos países em desenvolvimento, afetam as mulheres de menor renda, menor escolaridade e as negras. É fundamental que o problema seja compreendido a partir de diferentes abordagens e ênfases, para possibilitar propostas de intervenções adequadas para a efetivação do direito a cuidados de qualidade a gestação, parto e puerpério e, conseqüentemente, para a redução de mortes e danos desnecessários³³.

Ao analisar os números de morte e a morbidade maternas evitáveis^v no Brasil podemos compreendê-las como resultado da violação dos direitos humanos – direito a vida, a viver livre de discriminação, a usufruir o mais alto padrão de saúde possível (principalmente considerando as tecnologias relacionais disponíveis – leves e duras³³ – e as ações sanitárias pactuadas na atenção obstétrica). Essa abordagem dos direitos humanos permite tornar explícito para a sociedade que a morte e a morbidade maternas não são fenômenos naturais, que se distribuem ao acaso. Permite também afirmar que o Estado tem obrigação de respeitar, proteger e prover esses e outros direitos³⁴.

A partir dessa compressão da morbimortalidade materna, na perspectiva dos direitos sociais e humanos, é admitida que a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres³, apesar de todos os pactos, nacionais e internacionais, ainda carece de uma visão ampla e consistente das principais causas e possibilidades efetivas de intervenção, permitindo aos profissionais de saúde, às instituições assistenciais e aos gestores condições de enfrentar as dificuldades na atenção obstétrica e a implementação de uma política pública de atenção à saúde das mulheres democrática e de qualidade.

^v Embora a maioria das causas das mortes maternas seja evitável, não podem ser previstas, mesmo nos melhores contextos, mesmo onde haja pré-natal adequado, educação adequada e bom suporte nutricional. Contudo, embora as complicações no parto e puerpério não sejam previsíveis e nem preveníveis, os indicadores de mortalidade materna são extremamente sensíveis à instituição de cuidados obstétricos adequados e o tempo na obtenção de cuidados adequados é o fator mais importante relacionado às mortes maternas. (PACAGNELLA RC. Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2011).

Caetano³⁴ destaca que o SUS deve ser capaz de mobilizar líderes profissionais e da sociedade, coordenar as ações, monitorar a implementação das políticas públicas voltadas para esse tema e prestar contas à sociedade. A sociedade também precisa estar atenta a alocação e destinação dos recursos públicos, exigir o cumprimento das leis, normas, regulamentos, metas programáticas e a inclusão dessa questão como prioridade na agenda política nacional.

Enfim, desafios conhecidos e potencialidades atuais a serem mobilizados em um pacto político e operacional entre governo e sociedade que merece entrar definitivamente na agenda política dos governos federal, estaduais e municipais.

Segundo Rattner³⁵ é possível criar uma etnografia da assistência ao nascimento, em um recorte transcultural e abrangente, que ofereça viés comparativo entre modos preponderantes de interação entre cuidadores e pacientes. A partir de valores constitutivos, relacionados à maneira como o processo de nascimento é encarado pelos profissionais assistentes, foi possível estabelecer três grandes vertentes, que foram agrupadas em modelos Tecnocrático, Humanista e Holístico, classificação criada pela antropóloga americana Robbie Davis-Floyd.

O modelo Tecnocrático é o preponderante atualmente. Baseia-se na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo, estabelecendo a máquina como a mais adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto.

O modelo Humanista entende o corpo humano como organismo. Mais que banal soma de órgãos e tecidos, o corpo humano animado é caracterizado por expressões de ordem simbólica que se manifestam na relação com seus iguais, por meio da troca infinita de conhecimento e histórias contadas, no que se convencionou chamar de “cultura”. O resultado expressa-se na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no

resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e para o bebê.

A humanização do nascimento apresenta proposta baseada num tripé conceitual:

1. Protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, sem o qual se estaria apenas “sofisticando a tutela” milenarmente imposta pelo patriarcado;
2. Visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas e
3. Vinculação visceral com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos.

No modelo holístico proposto por Davis-Floyd (apud Rattner³⁵) há a compreensão do corpo humano como sendo formado por um campo energético em constante interação com outros campos de energia. Mais que funções orgânicas, existem relações de “energias”, uma visão ecológica, que perpassam na interação entre sujeitos.

Esses modelos de assistência ao parto oferecem essa possibilidade de classificação de ordem didática, congregando em três grandes grupos as variadas formas de interação cuidador-paciente (e gestor-usuário) e permitindo identificar que o modelo hegemônico preponderante em nosso país é o Tecnocrático.

Diniz³⁶ destaca que a partir de 2000 “[...] as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência baseada em direitos”. Tal destaque ganha relevância ao tomar os Fóruns Perinatais como campo de estudo

para analisar processos de vocalização da atenção à saúde das mulheres baseada em direitos.

A participação social e a visão crítica dos movimentos feministas na organização da atenção à saúde das mulheres, como afirma Costa²⁷, remonta a década 1980, com a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) e, diante do contexto político e social, a partir de 1995,

[...] a mobilização de mulheres readquire visibilidade com o fortalecimento das mulheres rurais (Marcha das Margaridas); a articulação das mulheres negras; as redes de mulheres soropositivas; os movimentos pelo reconhecimento dos direitos sexuais das mulheres lésbicas, a Marcha das Vadias, entre outros²⁷

Assim, a visão crítica dos movimentos sociais e feministas são antecedentes históricos e sociais a serem considerados na dinâmica do Fórum Perinatal.

É importante identificar o movimento pela humanização do parto no Brasil segundo descrito nos principais achados de uma pesquisa de doutorado sobre os diferentes sentidos, limites e possibilidades das propostas de humanização da assistência ao parto, em duas maternidades autodefinidas como humanizadas que atendem pacientes do SUS:

a) Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência; b) *Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (rights-based), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações* [grifo meu]; c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos indivíduos de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão coletiva. A reivindicação de políticas públicas no sentido de uma legitimidade epidemiológica, ou de saúde pública; e) Humanização referida à legitimidade financeira (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; f) Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente; g) Humanização

como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto³⁶.

É na discussão da saúde baseada em direitos que o termo humanização será tomado como referencial para o projeto em curso. Ancorado na perspectiva abrangente do termo na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, integrando várias dimensões, uma vez que entende que

[...] no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS³⁷.

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Infelizmente, o modelo típico de assistência ao parto em muitos serviços do SUS, além de inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, é não raro marcado por uma relação profissional-usuária autoritária, que inclui formas de tratamento discriminatório, desumano ou degradante, onde o poder é instituído pela assimetria entre a usuária e o médico¹⁴. Como contemplar a mudança dessa realidade nas estratégias de implementação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde das mulheres? Essas reivindicações colocadas desde cedo pelos movimentos feministas no Brasil compõem as perspectivas de análise na presente pesquisa.

*“Para que da violência com que a realidade nos confronta não resulte a paralisia,
temos, portanto, de contar com o motor de uma vontade insistente.”*

Antonio Gramsci

CAPÍTULO 3 – MÉTODOS

3.1 O FÓRUM PERINATAL COMO UNIVERSO DE ESTUDO: SEUS DOCUMENTOS E PERSONAGENS

Foi a partir de um estudo exploratório sobre a caracterização dos Fóruns Perinatais nas regiões Norte e Nordeste^{vi}, que escolhemos um dos Fóruns situados no Nordeste do Brasil^{vii}.

A análise exploratória que subsidiou a caracterização e permitiu o acesso às informações sobre os fóruns contidas nos relatórios dos apoiadores temáticos da Rede Cegonha e nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, considerou quatro categorias: (i) composição dos fóruns; (ii) estratégia (s) para a inclusão dos participantes e mobilização de sua participação; (iii) participação dos integrantes (atuante e com contribuições/proposições; participativo, mas sem contribuições/proposições - levanta temas, analisa situações, mas não apresenta propostas); e (iv) temas principais das pautas (Apêndice 5, 6 e 7; Quadros 2; 3.1; e 3.2) .

A título de esclarecimentos e contextualização da caracterização dos Fóruns Perinatais da região Norte e Nordeste apresentamos a seguir o caminho percorrido na análise exploratória. Esta caracterização circunscreveu-se aos Fóruns Perinatais de abrangência estadual ou da região de saúde da capital, portanto, não foram considerados os Fóruns Perinatais das regiões de saúde do interior. Além disso, o estado de Tocantins não teve reunião do Fórum Perinatal desde 2013, e os estados do Amapá e de Rondônia nunca realizaram reunião do Fórum Perinatal. Sendo assim, foi possível caracterizar 13 Fóruns Perinatais Estaduais/Região da Capital, sendo que destes, quatro se desdobraram

^{vi} As ações de fortalecimento e qualificação da atenção à saúde materna e infantil foram priorizadas nas regiões Nordeste e Amazônia Legal a partir de 2009 com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Infantil¹ diante das elevadas taxas de mortalidade e das desigualdades sociais e econômicas.

^{vii} A fim de preservar o anonimato das participantes do FP escolhido não nomearemos onde o mesmo está situado.

em outros Fóruns Perinatais regionais do interior. Foi o caso dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará e Pernambuco. Entretanto, como dito anteriormente, estes Fóruns regionais do interior não foram caracterizados nesta pesquisa.

Para compor o desenho da caracterização dos Fóruns Perinatais em funcionamento, como apresentado anteriormente, foram consideradas quatro categorias a partir de seus descritores: (i) Pluralidade nas representações da composição dos fóruns: representantes dos gestores e trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), conselhos de classe (COREN, ABEN; ABENFO; CRM, etc.), conselhos de direitos dos usuários (saúde, direitos da mulheres, etc.), representantes dos movimentos sociais, usuários e Ministério Público-MP; (ii) estratégias para a inclusão dos participantes e mobilização de sua participação (articulação e mobilização das informantes-chaves; planejamento e condução da reunião – sínteses, encaminhamentos, desdobramentos nas reuniões subsequentes); (iii) grau de participação dos integrantes: (a) atuante e com contribuições/proposições; (b) participativo, mas sem contribuições/proposições (levanta temas, analisa situações, mas não apresenta propostas); (c) presença tímida/sem pronunciamentos; (d) centralizador; e (e) polemizador, e (iv) temas principais das pautas.

Como característica geral, observamos que nenhum dos Fóruns Perinatais teve participação de representantes de usuários. Em relação às estratégias de mobilização dos participantes para atuação nas reuniões, a maioria ocorreu por e-mail com envio prévio da pauta e memória da reunião anterior. A presença do Ministério Público nas reuniões dos Fóruns Perinatais ocorreu em nove estados (Acre, Amazonas, Pará, Alagoas, Bahia, Maranhão, Sergipe, Pernambuco e Piauí). E a presença dos movimentos sociais (feministas ou da humanização do Parto e Nascimento) foi identificada em dez estados, (Acre, Pará, Roraima, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Sergipe, Pernambuco e Rio

Grande do Norte). A intensidade e contribuição da atuação desses representantes teve gradações variadas. Sendo nos estados do Ceará e Pernambuco, as participações mais atuantes do Movimento Social. E em três estados (Pará, Bahia e Pernambuco) houve destaque para a participação do Ministério Público.

No Apêndice 5 é apresentado o quadro com caracterização dos Fóruns Perinatais do Norte (Quadro 2) e nos Apêndices 6 e 7 (Quadros 3.1 e 3.2) são apresentados os quadros com a caracterização dos Fóruns Perinatais da região Nordeste.

A partir dessa caracterização foi escolhido o Fórum Perinatal nº. 11, em função das recomendações do Ministério da Saúde, em entendimento como segue:

O Fórum Perinatal tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos *para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento*, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha^{viii}.

Além disso, é preciso reconhecer na escolha do Fórum Perinatal nº. 11 uma interlocução com outros estudos que tratam da participação do movimento feminista e suas influências nas políticas de saúde das mulheres, e que merecem ser pensadas para os diversos Fóruns Perinatais existentes, e para o que estudamos^{29-31,38-41}.

3.2 O CAMINHO PARA O ACESSO AO UNIVERSO DE ESTUDO E ÀS MULHERES PARTICIPANTES DA PESQUISA

A partir de maio de 2016 refaço o contato com a Secretaria de Estado de Saúde onde se situa o Fórum Perinatal escolhido para recuperar documentos, atas, que registrassem o histórico das ações desenvolvidas. Somente em agosto de 2016 tive acesso à parte das listas de presença das reuniões do Fórum Perinatal selecionado.

^{viii} Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde/SAS/MS, 2012, apresentação *on-line*.

Considerando que dia 15 de agosto de 2016 foi liberado o projeto no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) e a versão autorizada do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), somente neste dia pude fazer contato com a representante do movimento social participante no Fórum Perinatal (*Ar*). Ela estava fora da cidade e somente em setembro consegui contato com ela por telefone e posteriormente por e-mail.

No contato telefônico com *Ar* ela perguntou se eu também entrevistaria outras representantes e sugeri *Água*. Em contatos posteriores para tentar confirmar a realização das entrevistas em outubro, *Ar*, se colocou disponível e preocupada em localizar as memórias de reunião.

Afirmou que tentaria localizar seus cadernos de anotação do Fórum Perinatal e também faria uma busca mais minuciosa em suas memórias para recuperar os debates. Novas tentativas de contato (e-mail, telefone, Whatsapp, reuniões) foram realizadas com as três interlocutoras da Secretaria Estadual de Saúde e com a apoiadora do Ministério da Saúde, e com isto, foi possível localizar algumas pautas e encaminhamentos de algumas reuniões em setembro de 2016.

Faz-se importante ressaltar que o ano de 2016 foi o auge das necessidades institucionais de governos e Ministério da Saúde para a emergência sanitária declarada em função da tríplice epidemia do vírus Zika, Chikungunya e Dengue. Essa epidemia literalmente atravessou as rotinas e compôs pautas que não necessariamente estavam colocadas no cenário da saúde da mulher quando da elaboração da presente pesquisa. Os estados do Nordeste foram epicentros desses eventos. Além desse fato, foi, também, o período de eleições municipais e as mudanças que se deram em função do impeachment da presidente da República, Dilma Rousseff. Ou seja, tivemos que reconsiderar o planejamento de participação em ao menos uma reunião do Fórum Perinatal nº 11, pois

no período da pesquisa de campo que se estendeu de agosto de 2016 a janeiro de 2017 não aconteceu nenhuma reunião do mesmo.

Diante dessas situações o cenário da pesquisa se descortina e são iniciadas as primeiras entrevistas em novembro de 2016.

Considerando a minha proximidade e familiaridade com o processo de gestão no nível central referente à implementação da Rede Cegonha, optamos por acionar essa rede a partir das representantes dos movimentos sociais/feministas que têm assento no Fórum Perinatal. Isso porque elas estão situadas de forma mais independente da gestão federal e, ao mesmo tempo, são interlocutoras orgânicas, gerando críticas às avaliações e demandas geradas no campo profissional e técnico da saúde. Buscamos um olhar diante do cenário, por meio de estranhamentos que permitissem um exame crítico das ações empreendidas, através da rede de contatos dos movimentos de mulheres no Fórum Perinatal.

A perspectiva de recrutamento dos participantes da pesquisa através da rede de universos familiares⁴¹ em nossa pesquisa assume como ponto de partida para o acionamento dessa rede a entrevista com a representante do movimento social de mulheres. Com essa entrada foi solicitado que a mesma indicasse representantes da atual gestão do Fórum, e outras(os) informantes-chaves que participaram de gestões anteriores, buscando diversidade nessa indicação – movimento de mulheres, outros movimentos sociais, gestores, trabalhadores de saúde e Ministério Público.

Cabe, neste sentido, retomar o alerta de Gilberto Velho em *Observando o Familiar* ao examinar as categorias de familiar e exótico⁴². Na presente pesquisa a escolha por iniciar as entrevistas com o membro do Fórum Perinatal que representa o movimento de mulheres visa ao menos dois objetivos: (1) evitar começar pelos representantes oficiais do Estado – profissionais ou gestores – com os quais a

pesquisadora tem maior familiaridade pelo cargo que ocupa no Ministério da Saúde e com uma identidade de “avaliadora de ações”; e (2) assumir que reside nos movimentos sociais uma possível postura diferenciada e maior independência do discurso oficial, provocadora de maior estranhamento na pesquisadora. Cabe destacar, ainda, que minha proximidade e familiaridade com os arranjos da Rede Cegonha não necessariamente garantem um conhecimento. Velho⁴² destaca que um certo ceticismo deve ser saudável, pois o grau de familiaridade pode ser impedimento se não for relativizado e objeto de reflexão sistemática. E também cita que o processo de conhecimento da vida social sempre implica um grau de subjetividade e que, portanto, tem um caráter aproximativo e não definitivo. Assim, a realidade é sempre filtrada por determinado ponto de vista do observador, é sempre interpretativa.

Assim, justificamos o início das Entrevistas Narrativas com uma representante do movimento social/feminista participante do Fórum Perinatal nº 11, com a intenção de sintonizar o objeto vocalização dos direitos das mulheres com o acesso aos movimentos que as representam. Além, de com isto, favorecer um certo distanciamento da pesquisadora com os tradicionais atores de diálogo na implementação da Rede Cegonha.

Entendemos o termo vocalização enquanto a valorização dos enunciados dos atores ativos e implicados no processo de produção de saúde e na garantia de direitos das mulheres representadas, e a forma como essas vozes alcançam esferas públicas e induzem políticas.

3.3 O DESAFIO DO TRABALHO COM DOCUMENTOS: COMO ACESSAR AS FONTES PARA CARACTERIZAR A RELAÇÃO ENTRE O MOVIMENTO FEMINISTA E A VOCALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES?

Buscamos duas fontes para acesso a documentos: (i) artigos e documentos sobre o movimento feminista local e sua atuação no SUS e (ii) os registros das reuniões do período de funcionamento do Fórum Perinatal estudado.

A busca de artigos e documentos sobre o movimento feminista e sua atuação no SUS nos remeteu aos debates e reflexões acerca do próprio movimento feminista no Brasil, suas lutas, conquistas e desafios. Assim como sua representação nos movimentos feministas locais. Queiroz⁴³ destaca que, segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, fatores culturais, políticos e sociais fazem do estado um dos locais com maior índice de violência contra a mulher, e que, portanto, implica em uma organização da sociedade e dos movimentos sociais mais atenta e presente no acompanhamento e proposição de políticas sociais.

Esses desafios (que transcendem as fronteiras locais/estaduais) foram explicitados por Costa⁴¹, na

[...] defasagem entre as garantias constitucionais de igualdade entre homens e mulheres, as intensas disparidades regionais, econômicas e sociais, a persistência de dispositivos discriminatórios em relação à mulher no código penal, as visões conservadoras e estereotipadas a respeito das mulheres, a violência contra as mulheres, a exploração sexual e o tráfico de mulheres, a sub-representação feminina nas instâncias de poder político, as altas taxas de analfabetismo feminino e de mortalidade materna

Além desses focos de atuação, Costa⁴¹ ressalta três campos principais da resistência antifeminista no Brasil que podemos compreender enquanto desafios transversais à implementação das políticas para o enfrentamento das questões acima, (i) os setores que explicam as relações de gênero como parte de uma ordem social que se estrutura a partir dos papéis diferenciados entre homens e mulheres, definidos por

funções imutáveis e complementares na sociedade. Os papéis femininos devem ser valorizados, mas não necessariamente transformados; (ii) setores que questionam a existência do feminismo hoje e que acreditam ser possível mudar a sociedade e superar as injustiças apenas a partir de comportamentos individuais de homens e mulheres. Estão mais preocupados em promover a unidade entre homens e mulheres do que em defender os direitos das mulheres e combater as desigualdades de gênero, e (iii) setores que não reconhecem a centralidade das desigualdades e buscam explicá-las apenas pela classe. São setores que consideram as desigualdades de gênero, a luta feminista e antirracista como própria do espaço cultural e não tanto um problema da esfera pública⁴¹.

É importante ressaltar que o movimento feminista contemporâneo, reflexo das lutas, conquistas e desafios desde sua origem, busca uma conjunção das estratégias de ação política de redistribuição, políticas de identidade e políticas de representação. Nas políticas de redistribuição expandiram as fronteiras de contestação para além da redistribuição socioeconômica – para incluir o trabalho doméstico, a sexualidade e a reprodução. As políticas de identidade colocam ênfase em sujeitos específicos, retirando a centralidade da classe para a cultura. As estratégias de representação se acoplam às duas anteriores, e estão relacionadas a ações globalizadas e transnacionais. Diz Frases (apud Adrião et al.³⁸) aponta: “O resultado foi uma grande mudança no imaginário feminista: enquanto a geração anterior buscava um ideal de equidade social expandido, esta investia suas energias nas mudanças culturais”.

Durante a pesquisa para fontes de documentos identificamos um quantitativo expressivo de produção científica de militantes feministas que estudaram a história do movimento feminista no Brasil e sua influência nas políticas sociais. Sem pretender esgotar, citamos Adrião et al.^{38,39}, Ávila³⁰⁻⁴⁰, Correa³¹ e Costa⁴¹. Em uma dessas

produções, Adrião e Toneli³⁹ cita na introdução do artigo que o seu encontro com o tema “sujeitos feministas no campo político” deu-se desde a época de militância feminista, no Fórum de Mulheres, importante arena de debate e construção de agendas políticas para o(s) movimento(s) feminista(s) no Brasil nas duas últimas décadas.

Esta arena de debates do Fórum de Mulheres é identificada com repercussões no âmbito da política nacional, análise que pode ser acompanhada na publicação *Mulheres vivas!* Uma publicação do Fórum de Mulheres de 2009.

Esta publicação ilustra, por meio das imagens e histórias vivenciadas pelas feministas do Fórum de Mulheres, o debate ocorrido no período de 2006 a 2009 com militância feminista do estado^{ix}. Nesse período, ocorreram no estado as Caravanas Feministas; Audiências Públicas com gestores para implantação de políticas públicas para mulheres nos respectivos municípios e as Vigílias pelo Fim da Violência Contra as Mulheres, em resposta a necessidade de chegar mais próximo das mulheres e dos movimentos sociais do interior do estado, efetivando a interiorização do Fórum.

De acordo com as autoras, essas ações tiveram repercussão estadual e nacional, tanto nas mobilizações entre os movimentos, quanto nas mídias e em debates nas instituições públicas. Os textos trazem como pressuposto que “[...] a reflexão sobre a experiência, por meio de processos educativos, de pesquisa ou da ação política, é alicerce da produção do conhecimento feminista e da própria auto-construção das mulheres como sujeito político”⁴⁴.

As estratégias desenvolvidas promoviam o

[...] resgate dos princípios feministas (autonomia, horizontalidade, transparência, participação, ética e autodeterminação), de modo a consolidar uma atuação coletiva das ativistas do Fórum de Mulheres, que compreendesse a comunicação como um campo de ação política e qualificasse as militantes para a realização de ações políticas voltadas

^{ix} Outras ações do Fórum de Mulheres puderam ser conhecidas em dissertações de mestrado, por exemplo: Diniz MJP. *Ações do movimento feminista pelo fim da violência doméstica contra a mulher: conquistas e desafios*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010; e Portella AP. *Situação de saúde e violência contra as mulheres [dissertação]*. Recife: CpqAM/Fiocruz, 2008.

à denúncia pública dos altos índices de violência de gênero. As táticas favoreciam a mobilização da opinião pública para o enfrentamento desse fenômeno também junto aos meios de comunicação⁴⁵.

À parte dos espaços formais, como conselhos e conferências, vale ressaltar a ação do controle social realizado pelo Fórum de Mulheres como, por exemplo, o monitoramento dos serviços e políticas públicas, através de visitas nos serviços, assim como a realização de audiências públicas⁴⁶. Aqui destacamos o papel que o controle social teve no Fórum Perinatal ao realizar as visitas nas maternidades e levar os resultados dessas visitas para as reuniões do Fórum Perinatal, para as coletivas de imprensa e debate público.

Outra estratégia realizada pelo Fórum de Mulheres do Estado também foi encontrada no Fórum Perinatal, quando se recorre ao Ministério Público ao se deparar com casos de violação de direitos. O apoio do Ministério Público é visto como essencial para se obter informações que, de outra maneira, dificilmente estariam acessíveis às/aos cidadãs/aos em geral e aos movimentos sociais. Entretanto, Bosch⁴⁷ afirma que acionar o Ministério Público acrescenta peso institucional e pressão sobre os gestores, mas ainda não havia um ajuste de conduta ou uma intervenção direta que implicasse em mudanças concretas na conduta dos/as responsáveis pelos serviços prestados visando a melhoria dos mesmos. Vale mencionar que durante as entrevistas foi destacada uma ação concreta de mudança do serviço em um dos municípios da região de saúde acompanhada pelo Fórum Perinatal, a partir da atuação direta do Ministério Público. O serviço foi obrigado a assinar um termo de ajuste de conduta para implementação de um plano de trabalho para realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Parece que os movimentos (Fórum de Mulheres e Fórum Perinatal) são plurais, de convergência e aprendizados mútuos, que ao longo do tempo somam-se os esforços e conquistas para o avanço na prática das ações de saúde e transformações sociais. Os

movimentos feministas nos demonstram essas pluralidades e diversidades que, ao mesmo tempo, implicam na necessidade do senso de urgência aliado à tolerância histórica que a humanidade nos impõe.

Em relação aos registros de reuniões do período de funcionamento do Fórum Perinatal estudado, a coleta de dados não foi tão fácil. A Secretaria Estadual de Saúde, coordenadora do Fórum Perinatal escolhido para essa pesquisa, não possuía registro sistematizado das reuniões e tampouco a apoiadora do Ministério da Saúde, que acompanhou todas as reuniões realizadas no período de 2012 a 2016, disponibilizou seu acervo de registros das reuniões acompanhadas. Sendo assim, a Secretaria Estadual de Saúde conseguiu disponibilizar alguns extratos de informações, por meio de listas de presença; apresentações em *power point*; ofício de convite com data, local e pauta para reunião do Fórum Perinatal; e duas atas de reunião.

Nesses registros foi possível identificar a pluralidade de participantes nas reuniões nas três listas de presença disponibilizadas: gestores, profissionais de saúde da atenção básica e hospitalar, profissionais das secretarias de saúde das áreas de regulação, vigilância e assistência, universidades, estudantes da graduação e residentes, Ministério Público e movimento social. O número de participantes oscilou de 47 a 103 registros de assinatura na lista de presença. O intervalo entre uma reunião e outra foi diferenciado por ano, variando de três a sete meses entre as reuniões. Os temas principais foram: Informes gerais, fluxo do nascimento, visitas técnicas às maternidades pelo movimento social; visita aos municípios pelos membros do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha; matriciamento aos serviços de referência, microcefalia, superlotação das maternidades; empoderamento da mulher no momento do parto e nascimento.

As informações por reunião do Fórum Perinatal são apresentadas nos Quadros 4.1, 4.2 e 4.3 dos Apêndices 8, 9 e 10.

Assim, diante dos achados da pesquisa de documentos sobre o movimento feminista e os registros das reuniões do Fórum Perinatal estudado reafirmamos a decisão de acessar, por meio das Entrevistas Narrativas com mulheres participantes do Fórum Perinatal, a experiência das entrevistadas. Sendo esperado a partir da seleção das entrevistadas explorar em profundidade o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o tema em questão na perspectiva da compreensão da análise narrativa como locus privilegiado das ciências sociais como descrito por Castellanos⁴⁸:

A narrativa passou a ser tomada pelas ciências sociais como locus privilegiado de análise da cultura, da ação social e da experiência (pessoal e social). Nesse caso, a narrativa é considerada uma forma universal de construção, mediação e representação do real que participa do processo de elaboração da experiência social, colocando em causa a natureza da cultura e da condição humana.

A entrevista narrativa tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado (informante) a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. Sua ideia básica é reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível. Tem como pressuposto que a perspectiva do entrevistado se revela melhor nas histórias onde o informante está usando sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos. Por isso, a influência do entrevistador deve ser mínima, na perspectiva do contar e escutar história.

Com isso buscamos explorar as ideologias, as crenças, os valores, as explicações e as opiniões que se expressam nas interações sociais quanto a garantia dos direitos das mulheres, estabelecidas nos espaços do Fórum Perinatal. Privilegiamos a linguagem e a prática como mediações simbólicas na orientação do estudo, a partir do ponto de vista

dos atores sociais, levando a sério as suas informações, na busca de uma compreensão do nicho onde a pesquisa é realizada, com uma execução flexível e interativa⁴⁹.

Buscou-se compreender o significado e a intencionalidade da vocalização dos direitos das mulheres como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Para tal, o campo de estudo foi o Fórum Perinatal enquanto possível espaço promotor dos direitos e também expressão do direito enquanto prática concreta das instituições governamentais em interação com as reivindicações dos movimentos sociais e/ou usuários.

Assim, ao procurar aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares de grupos mais ou menos definidos, a metodologia qualitativa, de base compreensivista, é a abordagem mais adequada uma vez que permite ao pesquisador maior capacidade de aprofundar a compreensão dos significados do campo das relações enquanto uma dimensão do cuidado em saúde.

A abordagem compreensivista valoriza o fato de que compreender, segundo Minayo⁵⁰, “[...] implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções”. Finalidade pertinente para analisar os espaços institucionais coletivos onde a vocalização e o reconhecimento dos direitos das mulheres são tomados como pressupostos para a produção do cuidado.

Foram utilizados como referenciais teóricos do método a análise interacionista, ao permitir uma reflexão tomando como base a valorização das ações sociais e as interações simbólicas, sendo a realidade social construída na ampla gama de instituições sociais que permeiam as vidas e as personalidades dos indivíduos e através do compartilhamento de um amplo conjunto de significados culturais e sociais entre os seus participantes. Aponta Carvalho⁵¹:

Pode-se dizer que o interacionismo simbólico constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os

indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas. Pois, a interação simbólica, não se dá por reação direta às ações e gestos do outro, mas mediante uma interpretação dessas ações ou gestos com base no significado que lhes é atribuído

Tomando como pressuposto que o Parto e Nascimento, inserido no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é um processo social complexo^x que pode refletir a construção social e cultural de uma população, foi tomado como base o referencial metodológico da hermenêutica de profundidade (HP) de Thompson⁶, ao se buscar analisar os fenômenos culturais da organização da atenção ao Parto e Nascimento, enquanto expressão ou não dos direitos das mulheres, em determinados coletivos (Fórum Perinatal), enquanto formas simbólicas/campo de significados, inseridos em contextos e processos sócio-históricos específicos dentre os quais, e por meio dos quais, as formas simbólicas são produzidas, transmitidas e recebidas. Na realidade da atenção à saúde da mulher no Brasil por vezes essas formas simbólicas são construídas por relações assimétricas de poder, por acesso diferenciado a recursos e oportunidades e por mecanismos institucionalizados de produção, transmissão e recepção das mesmas, tornando-se uma relação de dominação. Dominação do corpo da mulher, dos seus direitos individuais e sociais no bojo de outros marcadores sociais da diferença, por exemplo, no caso da raça e escolaridade.

De acordo com a HP esta produção e recepção das formas simbólicas têm lugar dentro de contextos sociais estruturados que envolvem (i) circunstâncias espaço-temporais; (ii) campos de interação (com seus recursos e regras) e (iii) instituições sociais (conjuntos relativamente estáveis de regras, recursos e relações com assimetrias e diferenças relativamente estáveis). Este processo é definido no referencial

^x Complexo ao vincular os direitos individuais das mulheres à saúde, bem-estar e autodeterminação de suas vidas sexuais a mudanças sociais necessárias para eliminar a pobreza e dotar as mulheres de autonomia, acreditando que essa estrutura dissolve as fronteiras entre sexualidade, direitos humanos e desenvolvimento⁸.

metodológico da Hermenêutica de Profundidade como fase 1 da investigação; na fase 2, definida como a Análise Formal ou Discursiva, trabalhamos no referencial da Análise Narrativa; e a terceira e última fase do enfoque da HP é definida como interpretação/reinterpretação, momento construído a partir da análise sócio-histórica e análise formal ou discursiva. Assim, buscar-se-á analisar a estrutura das formas simbólicas da atenção à saúde das mulheres a partir de seus elementos específicos e suas inter-relações, focalizando nossa atenção nas inter-relações entre significado e poder, nas maneiras pelas quais as formas simbólicas podem ser usadas para estabelecer e sustentar relações de dominação social ou de ruptura dessa dominação ao identificar, nesses espaços dos Fóruns Perinatais, movimentos virtuosos de práticas de atenção baseados na garantia dos direitos das mulheres.

O método de Narrativas em Profundidade foi utilizado para reconstruir/reinterpretar as maneiras como as formas simbólicas são interpretadas e compreendidas nos vários contextos da vida social dos informantes-chave. Isto é, interpretação das opiniões, crenças e compreensões que são sustentadas e partilhadas pelas pessoas que representam os movimentos sociais e/ou movimento de humanização do parto no espaço do Fórum Perinatal.

Ao me basear no referencial metodológico da Hermenêutica de Profundidade, busquei sistematizar uma perspectiva teórico-analítica das entrevistas percorrendo a (i) análise sócio-histórica onde o Fórum Perinatal está inserido (história do Fórum Perinatal; qual é o cenário da atenção à saúde materna e infantil naquele local; quais são os atores-chaves; temas e reivindicações; debates e encaminhamentos); (ii) análise formal ou discursiva do modelo de organização da atenção ao parto e nascimento e sua relação com a garantia dos direitos das mulheres, segundo os integrantes do Fórum Perinatal (motivações para as mudanças; dilemas e dificuldades; parcerias e acordos), e

(iii) interpretação/reinterpretação das formas simbólicas relativas ao modelo de organização da atenção ao parto e nascimento e a garantia dos direitos das mulheres.

O Quadro 1 apresenta uma sistematização adaptada em Moreira et al.⁵² quanto a perspectiva teórico-analítica utilizada para realizar a análise das entrevistas.

Quadro 1. Perspectiva teórico-analítica.

Análise sócio-histórica	Situações espaço-temporais: Função do entrevistado, compromissos, papel social atribuído.	Campos de interação: Experiências, trajetórias e oportunidades.	Nível institucional: Regras, normas, acordos, recursos, práticas e atitudes disponíveis e construídas.
Análise narrativa do discurso: 2 elementos – personagens e eventos	Personagens	Eventos/situações que levam à garantia dos direitos das mulheres ou à violação desses direitos:	Eventos/situações que contribuem para a garantia do direito das mulheres e/ou o enfrentamento da sua violação:
Interpretação /reinterpretação: síntese interpretativa	Será gerada a partir dos resultados do campo de pesquisa.		

Dessa forma, para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de sentidos ao conceber a narrativa como uma forma na qual a experiência é representada e recontada, sendo os eventos apresentados em uma ordem significativa, que possibilita ao narrador perceber uma articulação entre presente, passado e o futuro⁴⁹.

Sendo assim, a interpretação dos dados foi baseada na perspectiva compreensivista do interacionismo simbólico, ao valorizar as marcas sociais construídas nas e pelas interações, e articulada à hermenêutica profundidade de Thompson⁶ para organização dos personagens, cenários e ações.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, estando na referência do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Foram respeitados os princípios de confidencialidade, autonomia e voluntariedade dos sujeitos. Os registros serão armazenados por cinco anos e depois serão arquivados sob a guarda de um arquivo de pesquisa dos pesquisadores responsáveis pelo projeto. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está desenhado em linguagem acessível. Quanto aos riscos, acreditamos que os mesmos possam advir do fato de que estaremos provocando as suas posições, memórias e histórias relacionadas ao âmbito da participação no Fórum Perinatal e que podem deflagrar outras demandas. No entanto, acreditamos também que os sujeitos não serão questionados quanto a sua posição, mas suas opiniões estarão no âmbito de um grupo de pesquisa onde sua função é de registro e análise de suas interpretações para que gerem retornos para o modelo de atenção ao parto e nascimento. A formação em psicologia e a experiência da pesquisadora com técnicas de grupo permitiu o manejo adequado das situações abordadas e a condução dos temas. No entanto, caso fossem percebidas demandas diversas ao objetivo da pesquisa, as mesmas seriam sinalizadas e sugerida busca de apoio junto ao serviço de saúde. Todas as entrevistadas assinaram o TCLE, cujo conteúdo assegurava-lhes o direito de recusa de participação e de sigilo das informações fornecidas (Apêndices 1, 2, 3 e 4).

“[...] de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância.”

Michel Foucault⁵³

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RESULTADOS

O universo do estudo foi composto por dois acervos: (i) aquele vindo do acesso às mulheres participantes, e (ii) os registros das reuniões do Fórum Perinatal nº 11.

Participaram do estudo cinco mulheres. Para o acionamento das mesmas buscamos identificar as representantes dos movimentos sociais/feministas que têm assento no Fórum Perinatal escolhido, por meio da lista de frequência de reunião do mesmo, da indicação da apoiadora do Ministério da Saúde, da indicação de ex-representante do movimento social e da indicação da coordenação do Fórum Perinatal da Secretaria Estadual de Saúde.

A primeira informante-chave foi definida a partir da convergência da indicação pelas quatro fontes descritas acima. Além disso, em todas essas fontes esta indicação teve uma intensidade significativa quanto a sua representação na garantia dos direitos das mulheres e sua atuação ativa no Fórum Perinatal. A partir da primeira entrevista realizada novas informantes-chaves foram identificadas.

A fim de preservar o anonimato das participantes da pesquisa, considerando terem sido cinco entrevistas realizadas, não detalharemos características relativas ao pertencimento no que diz respeito a representação no interior do Fórum Perinatal, faixa etária e escolaridade/formação. Assim como não traremos extratos das entrevistas, mas as mesmas serão sintetizadas buscando as questões emergentes que dialogam com dois grandes eixos: (i) construção do processo sócio-histórico do Fórum Perinatal e (ii) análise dos valores, ideologias e crenças a respeito da vocalização dos direitos das mulheres no espaço do Fórum Perinatal. Destacamos que no que diz respeito a

construção do processo sócio-histórico do Fórum Perinatal a mesma se desdobra em dois conjuntos de questões: (a) crítica interna ao dispositivo no que diz respeito a quem representa, como representa e como encaminha as discussões, e (b) o que realmente se discute nesses espaços, que diz respeito aos temas do adoecimento no trabalho, ao não reconhecimento da gestão colegiada, à dificuldade da gestão em realizar mudanças efetivas, à conduta profissional-dependente e centrada no médico no momento do parto e nascimento e à superlotação dos serviços dificultando o acesso das parturientes.

As entrevistadas foram identificadas pelos quatro elementos da natureza – *Ar*, *Fogo*, *Terra* e *Água* e a quinta como *Sol*. A escolha pelos elementos e pelo *Sol* valoriza uma característica forte que domina a atuação individual e a atuação coletiva, no sentido da militância, de um estilo aguerrido e crítico que surpreende e impacta.

Ar teve indicação de todos e indicou como informantes-chave: *Água*, *Fogo*, *Terra* e outras 3 representantes: *Mar*, *Sol* e *Floresta*. Dessas três *Mar* e *Floresta* foram insistentemente contactadas, no entanto, rotinas de assistência e docência comprometeram, por hipótese, suas participações. Destacamos que *Floresta* não respondeu nenhum dos contatos realizados.

Água teve indicação da apoiadora do Ministério da Saúde e de ex-representante do Movimento social, além da indicação de *Ar* e *Fogo*. Por sua vez, *Água* indicou *Terra* e *Fogo*, além de outras duas mulheres que participaram em momentos pontuais das visitas surpresas organizadas pelo Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna do estado onde se situa o Fórum Perinatal.

Muito embora a rede de universos familiares tenha sido a maneira como construímos o acesso às nossas participantes é preciso reconhecer uma interferência necessária no manejo e consideração dessa indicação. Ou seja, a rede de universos familiares não se isenta de um julgamento do pesquisador sobre alguma pertinência

nessa indicação quando se percebe determinadas interferências na construção do conhecimento da pesquisa. Por exemplo, se a indicação feita encaminha a uma pessoa cuja proximidade com o pesquisador pode interferir na produção do dado, ou ainda, quando essa indicação não consegue satisfazer a outros critérios definidos pela pesquisa, por exemplo, não ter experiência na participação das reuniões do Fórum Perinatal. Nesse sentido, as duas indicações de *Água* que não tiveram participação nas reuniões do Fórum Perinatal não foram incluídas no rol das participantes das entrevistas.

Fogo foi indicada pela apoiadora do Ministério da Saúde, pela ex-representante do movimento social e pela Coordenadora do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha do estado, além de também ser indicada por *Ar*, *Água* e *Terra*. *Fogo* indicou *Terra* e *Mar*, além de reforçar a atuação e importância de *Ar* nas reuniões do Fórum Perinatal.

Terra foi indicada por *Ar*, *Água* e *Fogo*. Por sua vez *Terra* indicou *Fogo*, além de reforçar a atuação e importância de *Ar* nas reuniões do Fórum Perinatal.

A partir das novas indicações foi necessário incluir a modalidade de entrevista à distância mediante contato por Skype^{xi}, considerando as localidades do campo de estudo e da residência da pesquisadora. Assim, foi realizada no dia 26 de janeiro de 2017 a entrevista com a 5ª indicada na rede de relações identificada nas entrevistas anteriores. *Sol* foi identificada por *Ar*, *Terra* e *Água* como ex-representante da gestão estadual com contribuições efetivas para a pluralidade do Fórum Perinatal e movimentos de mudança por meio da articulação com os diversos atores envolvidos com a assistência ao parto e nascimento na Região Metropolitana do estado onde se situa o Fórum Perinatal.

Além de *Sol* foram indicadas mais duas informantes-chave: *Mar*, representante do profissional da Enfermagem Obstétrica ativista do parto baseado nas boas práticas de

^{xi} As orientações e especificidades da modalidade de entrevista por meio da ferramenta Skype estão descritas nos Apêndices 3 e 4.

atenção ao parto e nascimento, além de ser uma nova integrante do grupo do controle social do Comitê de Morte Materna. E *Floresta* representante dos profissionais médicos neonatologistas e, também, pertencente ao movimento de humanização do parto e nascimento com participação ativa e propositiva nas reuniões do Fórum Perinatal.

A figura 1 demonstra a identificação das informantes-chave e sua rede de indicações por universo familiar⁴³ que resultou no conjunto das sete indicações, tendo participado das entrevistas cinco representantes desse total.

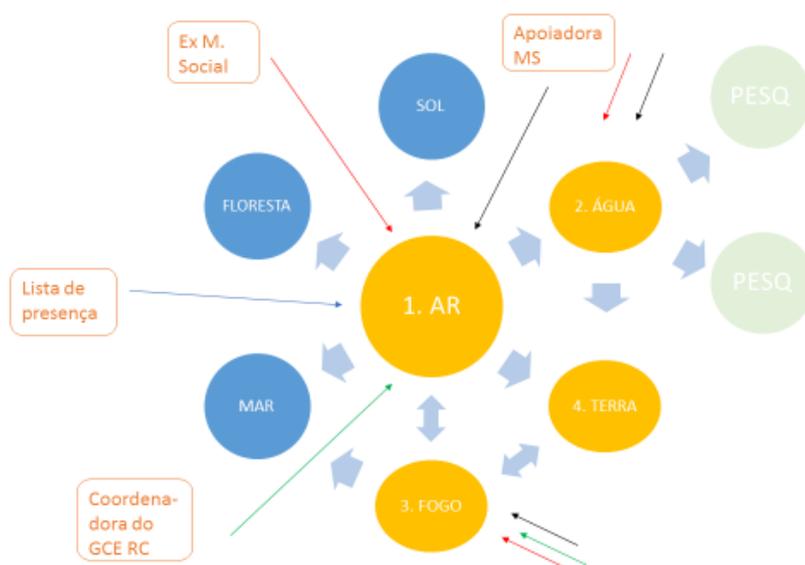


Figura 1 – Identificação das informantes-chave.

Cabe ponderar um fator que ocorreu em quase todos os contatos para a realização das entrevistas. Com intensidades distintas, foi comum uma certa relutância em participar das entrevistas, sendo necessário no mínimo três contatos iniciais para confirmar as mesmas.

No caso de *Ar* a dificuldade foi em conseguir localizá-la durante suas viagens de trabalho, mas quando localizada colocou-se muito disponível e interessada em participar da pesquisa. *Água* e *Fogo* afirmavam não fazer mais parte das reuniões do

Fórum Perinatal e, por isto, não viam relevância em suas participações. Mas conseguimos agendar as entrevistas após os esclarecimentos quanto ao foco no debate das estratégias de garantia dos direitos à saúde das mulheres, dentre eles o Fórum Perinatal, e ressaltando que estaríamos abertas a escutar perspectivas críticas sobre essa história.

Nesse momento cabe refletir sobre o que poderia significar para as entrevistadas conversar ou oferecer uma entrevista a uma outra mulher, no caso a pesquisadora que realizava as entrevistas e que era conhecida pelo lugar de representante do Ministério da Saúde. Ou seja, estava em jogo não somente a minha implicação com a temática e o campo de pesquisa, mas a posição de representante institucional que fazia parte da minha trajetória. A reflexão que se colocou gradativamente para mim foi em relação a qual(ais) leitura(s) as mulheres fizeram acerca do meu interesse com a pesquisa e dos efeitos das narrativas diante de uma representantes do Ministério da Saúde. Foi necessário deixar clara a minha disposição para escutar, inclusive críticas negativas, independente de uma trajetória vinculada à gestão. Este foi um momento decisivo para o início de campo da pesquisa e que foi permeando a cada momento das escutas das narrativas. Ser a pesquisadora mulher, representante do Ministério da Saúde desde o início da Rede Cegonha (momento inicial de crítica das feministas) e permanecer no governo após o impeachment da primeira mulher Presidente do País, com certeza deve ter rondado as interrogações acerca da pesquisa. Certamente em mim ficou rondando a força daquelas mulheres e as dificuldades na mudança da realidade almejada. Momentos de crítica acirrada ao pouco de avanço e momentos de necessidade de encarnar a distância entre o vivido em minha trajetória profissional e a abertura à escuta livre e atenta às narrativas de novos e outros sujeitos.

No caso das duas representantes dos profissionais de saúde indicadas como boas interlocutoras para a discussão da garantia dos direitos das mulheres e atuantes nos movimentos de humanização do parto e nascimento no estado, *Mar e Floresta*, não obtivemos êxito com os pedidos por telefone e e-mail para confirmação das entrevistas. Sendo assim, não foi possível incluí-las nas análises narrativas. Em relação às entrevistas realizadas observamos em quatro delas que o início era tomado por um certo desconforto em tratar do tema Fórum Perinatal, considerando a alegação de que tiveram poucas participações presenciais neste espaço e/ou participações no processo inicial, com distanciamento atual. Entretanto, quando ampliava a problematização para as críticas, reflexões e ponderações desse espaço do Fórum Perinatal na perspectiva da garantia dos direitos à saúde das mulheres, todas, sem exceção, se colocaram questionadoras e reflexivas em suas falas frente às dificuldades do governo em analisar criticamente os desafios da gestão e incluir as usuárias e representantes dos movimentos sociais nos debates e nas intervenções para o alcance de seus direitos à saúde. A única participante que não questionou ser entrevistada para a pesquisa foi *Ar*. A mesma se coloca como uma defensora do registro histórico das ações do Fórum Perinatal, evocando memórias, citando documentos e mobilizando outros participantes para terem acesso às informações.

Compôs também o universo da pesquisa o acesso aos registros das reuniões do Fórum Perinatal do período de 2014 a 2016, pois não havia registro do período anterior. Em relação a esses registros a coordenação estadual e a coordenação regional conseguiram resgatar seis pautas e quatro memórias. Foram realizadas 14 reuniões no período de 2012 a 2016, considerando a programação de três meses entre as reuniões, a maioria com listas de presença extensas.

Contudo, em 2016 ocorreram apenas duas reuniões do Fórum Perinatal, uma em abril e outra em julho, sendo justificado pelas coordenações, e ponderado pelas entrevistadas, que com a chegada do surto de microcefalia, a mudança eleitoral municipal e o cenário político nacional, não foi possível a realização a contento (assim como aconteceu também em 2015). Sendo, inclusive, o tema mobilizador dos encontros do Fórum Perinatal o surto da microcefalia no Nordeste. Assim, o período de estudo dos registros se deu entre os anos de 2014 a 2016.

Nesse período as principais pautas e encaminhamentos registrados foram: (i) desenho da rede – fluxo do atendimento de gestação de alto risco; (ii) Atenção Básica (com destaque para sífilis); (iii) colegiado de maternidades; (iv) classificação de risco em obstetrícia, e (v) regulação dos leitos de risco habitual e alto risco.

O Fórum Perinatal estudado iniciou em 2012 com abrangência estadual. Em abril de 2014 ocorreu sua 10ª reunião, mas agora com abrangência e foco declarados na Região Metropolitana. Uma das hipóteses apreendidas nas entrevistas é que esta mudança territorial não conseguiu, por diversas razões, ser acompanhada do suporte necessário às coordenadorias das regiões de saúde para que pudessem compreender e assumir seu papel na condução regional da Rede Cegonha e do Fórum Perinatal de âmbito regional.

Segundo os registros das listas de frequência, das pautas e memórias de reunião, houve uma mudança de foco político geográfico (de abrangência estadual para abrangência regional) com a mudança da coordenação das reuniões do Fórum Perinatal para a coordenadoria da Região de Saúde da Metropolitana, mas com a presença de praticamente os mesmos integrantes do início, com exceção dos (poucos) municípios de outras regiões que passaram a participar das reuniões locais^{xii}. Além disso, a Secretaria

^{xii} Neste momento foi também fomentada a implementação de Fóruns regionais nas demais regiões de saúde do Estado.

Estadual de Saúde manteve a ordem numérica das pautas dos Fórum Perinatal desde 2012 até o presente momento, indicando com esta continuidade, dentre outros destaques, que o foco na Região Metropolitana já era percebido nas discussões desde o início. A partir de setembro de 2014 o município também decidiu conduzir o Fórum Municipal, compreendendo que existiam questões específicas do município que demandavam olhar interno e em parceria com os gestores municipais dos serviços, profissionais e usuários. No entanto, o Fórum Municipal não foi analisado nesta pesquisa.

A ausência de registro dos debates realizados nas reuniões foi uma questão ressaltada em três das entrevistas como um problema. Esta dificuldade de registro das reuniões e sua socialização é referida como mais uma dificuldade de comunicação entre os envolvidos. O tema da comunicação entre os responsáveis pela implementação das políticas públicas, os movimentos sociais e os usuários é destacado como um dos grandes desafios que justificam que de 14 reuniões realizadas apenas cinco estejam disponíveis e tenham sido acessadas nesse universo da pesquisa.

Ao fim desse acesso aos documentos, percebemos a dificuldade de assumir esses registros como documentos históricos. Ou seja, eles se resumem a apresentar pontos discutidos, quem os coloca, mas não mostram um registro dos debates, discussões, o que compromete uma análise de contexto.

4.2 DISCUSSÃO

4.2.1 Reconstrução do Processo Sócio-Histórico de Criação do Fórum Perinatal: a Emergência das Contradições

A reconstrução desse processo significa no presente estudo uma contextualização dos antecedentes do Fórum Perinatal: retomar as críticas do movimento feminista à forma como Rede Cegonha se institui, se estrutura e desenvolve suas ações nos territórios.

Nessa seção a análise realizada sobre as narrativas destaca dois elementos: (i) crítica interna à maneira como se organiza a estrutura do dispositivo Fórum Perinatal, como ele foi criado, suas funções, quem representa, as ausências. Nisso se inclui uma reivindicação pelo reconhecimento da experiência do Comitê de Mortalidade Materna como virtuosa e um antecedente da instituição do Fórum Perinatal no âmbito da Rede Cegonha, que parece ter sido menosprezada para a instituição do Fórum, e (ii) a agenda propriamente dita do Fórum Perinatal, ou seja, as entrevistadas falam sobre os gargalos da atenção, o que ainda persiste na construção das práticas de atenção ao parto e nascimento e que remetem à violência obstétrica, à incapacidade dos órgãos formadores incorporarem novas práticas, principalmente aos médicos obstetras e sua relação com a enfermagem obstétrica e as situações de enfrentamento a violência que seriam naturalizadas nas práticas.

Uma das entrevistadas questiona o alcance do poder do Fórum Perinatal. Esse alcance é questionado justamente em relação à capacidade de representação de quem está participando. Mesmo que a gestão esteja representada não é aquela pessoa que poderá ter uma capacidade de alterar rumos e decisões. Ou seja, a crítica se faz ao próprio mecanismo de representação: quem representa, como representa e como decide a partir dos problemas identificados. Um dos pontos diz respeito, por exemplo, à

capacidade de quem representa os serviços promover um enfrentamento dos problemas relacionados ao adoecimento dos profissionais, à superlotação que atinge as usuárias e produz peregrinação e gargalos na atenção, e ao conteúdo da cultura dos profissionais que reproduzem as ideologias da objetivação das mulheres, do racismo e do poder autoritário da cultura coronelista. Ao tocar nesses problemas imediatamente cobram-se as resoluções. A importância desse questionamento se dá no alcance e no limite entre identificar os problemas e promover sua resolução.

A reflexão do movimento do Fórum Perinatal enquanto espaço instrumental, ou seja, que simultaneamente aos debates promova decisões e encaminhamentos parece despontar como uma necessidade para sua operacionalização e relevância.

O debate que se promove acena para a reflexão do quanto podemos ir além da legitimidade das demandas das mulheres e produzir mudanças efetivas no status político e social das mulheres que iguale seu prestígio social e sua autonomia pessoal na sociedade contemporânea, mediante redistribuição de forças nas relações de gênero historicamente estabelecidas⁵⁴, tendo como pressuposto que: “Modelos baseados em premissas universalistas e sem noções de gênero não conseguem reconhecer ou considerar os padrões claramente distintos de comportamento que as mulheres exibem como trabalhadoras e consumidoras”.

O espaço do Fórum Perinatal escolhido nessa pesquisa é refletido nas narrativas como gerencial. Apesar de sua importância no diálogo entre gestores, profissionais de saúde e usuárias, há um foco nos temas da estrutura e organização do sistema de saúde direcionado para uma fala em mostrar o que o governo está realizando, apesar, inclusive, dos trabalhadores presentes nas reuniões questionarem a real efetividade. Sendo, assim, por vezes, percebido como um espaço de prestação de contas do governo. Isso leva a considerar o Fórum Perinatal estudado na narrativa das entrevistadas como

um espaço da gestão de saúde, com poucos momentos para as falas abertas e para amplos diálogos de construção entre gestão, profissionais de saúde, movimentos sociais e usuárias. Em outros momentos, reitera-se a importância e potência do espaço coletivo desse Fórum, entretanto, ressalta-se que esse mesmo espaço fica prejudicado pela ausência dos principais tomadores de decisão na construção das estratégias para superação das dificuldades debatidas.

A postura dos representantes da gestão também é questionada nas narrativas, chegando a refletir acerca da resistência da gestão em aceitar críticas, em ter uma incapacidade de enfrentar, em aceitar as falhas e a partir disso reconstruir suas estratégias. Ou seja, dificuldades da gestão em romper com certas práticas, atitudes, e modos de operar.

Ao mesmo tempo o Fórum Perinatal é reconhecido como um espaço potente, mas com dificuldades de ser conduzido e efetivado pelos gestores e, também, pelo próprio movimento social. Essa dificuldade da participação do movimento social pode ser percebida na medida em que as gerações de feministas mais antigas e as feministas mais novas estão reconstruindo seus lugares e modos de se colocar na defesa dos direitos das mulheres no momento do parto e nascimento. Inclusive usa-se a expressão entre as representantes dos movimentos sociais entrevistadas que é preciso renovação no movimento feminista. Uma (re)oxigenação das estratégias de pressão, provocação e representação.

Em outra perspectiva, a reflexão acerca da renovação no movimento feminista é acompanhada do aspecto geracional: “[...] *nesta nova geração, temos feministas mães, com muitas atribuições e pouco tempo para a militância*” (Ar).

Semelhante ao conceito de gênero há uma referência à idade e sua interface histórica com a organização das relações sociais. Analiticamente, a dimensão sociotemporal das idades/gerações deve ser considerada, em termos de afinidades sociais, diferenças e desigualdades⁵⁵.

As dificuldades oriundas da conciliação entre a militância política e as múltiplas atividades realizadas pelas entrevistadas no cotidiano, também foram destacadas como um ponto de dificuldade para participar das reuniões do Fórum Perinatal, que por sua vez era intensificado com a dificuldade da gestão em programar as reuniões com antecedência e fomentar um canal de comunicação coletivo e sistemático com os representantes do Fórum.

A questão da militância do movimento feminista na contemporaneidade nos remete à discussão que Montecinos et al.⁵⁴ apresenta ao afirmar que a efervescência da mobilização feminista teve vida curta e se observa que os movimentos de mulheres não converteram facilmente “[...] a mobilização política em representação institucional, assim que a política partidária competitiva é restabelecida”⁵⁶. As narrativas indicam que são mulheres conhecedoras das políticas, dos direitos, das ações e das práticas adequadas, mas que ao mesmo tempo não se sentem apropriadas para fazerem parte das instituições (leigas) e até mesmo, sem confiança nas instituições para a transformação necessária da política, demonstrando, assim, o que Montecinos et al.⁵⁴ trata na contradição da força do movimento feminista nas lutas pela democracia na América Latina e conservação da hegemonia nas relações de gênero nos processos de democratização, especialmente nas instituições. Neste bojo, a autora aguça o aspecto do acesso de algumas mulheres (profissionais de classe média e especialistas de gênero) nas funções de Estado, com atenção em algumas políticas, porém, com consequências inesperadas do feminismo de Estado, trazendo inúmeras críticas sobre o modo pelo qual as políticas de gênero foram adotadas⁵⁴.

As críticas do movimento feminista brasileiro ao início da Rede Cegonha demonstram esta face da política de saúde e a crise do Feminismo⁵⁴ (e as lutas de gênero) no aparelho do Estado, principalmente no momento em que o país elege a sua

primeira Presidente Mulher. Ao priorizar o enfrentamento de um grave problema de saúde pública, a mortalidade materna e mortalidade infantil, com a incorporação em sua marca de comunicação com a população o significativo restritivo da mulher-mãe, cegonha de um rebento, reforça e valoriza um símbolo nacional, de Mãe.

Carneiro²⁰ nos oferece um debate instigante ao refletir sobre os dilemas antropológicos das respostas do governo, por meio da Rede Cegonha, ao enfrentamento do problema de saúde pública das mortes maternas e das condições do sistema de saúde na atenção ao parto e nascimento e seus reflexos na política de atenção integral à saúde das mulheres.²⁰ A autora nos faz atentar acerca do risco que a universalização, garantia constitucional do SUS, pode ocultar fissuras sociais e de concepção democrática da estratégia denominada Rede Cegonha, ao não valorizar situações específicas e alarmantes de desassistência, como por exemplo, das populações vulneráveis (indígenas, ribeirinhas, do campo e floresta, da periferia etc.) e, também, a situação do aborto, questão que ainda é, por muitas vezes, invisível nas políticas de saúde. Seus argumentos remetem ao movimento feminista das décadas de 1980 e 1990 na luta pela garantia das diferenças e diversidades, reforçando assim a crítica das feministas no lançamento da Rede Cegonha.

Segundo a autora, dever-se-ia trabalhar em nome da igualdade para que a diferença não se torne binária (homens x mulheres) (e também médicos x pacientes), mas, sim, diferenças dentro das diferenças (entre mulheres), no sentido de diferenças múltiplas. O pressuposto é que as diferenças não são inatas, mas frutos do meio, enquanto os seres humanos são todos iguais. A questão que a autora emblemática é como fazer com que as políticas públicas de saúde, de abrangência universal, possam incluir tais especificidades diante de tantas questões de base estruturantes, como

condições de trabalho nos serviços de saúde, espaço físico e ambiência, formação dos profissionais da assistência ao parto e nascimento, acesso a leitos/serviço de qualidade.

Enfim, são questões que o movimento feminista trata desde sua origem e que ainda carecem de debates mais amplos e enraizados nas instituições públicas. Nesta perspectiva, percebemos que o fato de existirem representantes do movimento feminista no governo e do governo de esquerda assumir o governo nacional no período de 2003 a 2016 permitiu novas institucionalidades como as Secretarias Especiais de Políticas das Mulheres e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, ambas com status de Ministério. Com isto há uma amplificação do debate com necessidade de criação de alternativas compatíveis para que a implementação da política de atenção integral à saúde das mulheres contemplasse em sua operacionalização/implementação a garantia do respeito às diversidades e às subjetividades.

Diante de tal contexto, é percebida a necessidade de pensar acerca da organização local do movimento social em termos da participação e da militância das mulheres como condição para a ação política. Duas das entrevistadas referem-se a três modalidades de participação da militância no movimento de humanização do parto e nascimento: a militância profissional, mediante práticas assistenciais coerentes com a garantia dos direitos; a militância acadêmica, considerando a produção de conhecimento e a disseminação científica; e a militância do controle social, a partir de pressões junto ao governo e debates públicos^{xiii}.

No campo da gestão a potência do Fórum Perinatal citada pelas entrevistadas pode ser reconhecida enquanto ferramenta para construção de novas alternativas, diante das dificuldades a serem superadas, quando é destacada a contribuição das falas e pressões do controle social nesse espaço da (e com a) gestão. No entanto, parece que a

^{xiii} Adrião et al.³⁷ delimita o campo feminista no Brasil, citando Sônia Miguel e Miriam Grossi (2001), a partir dos espaços políticos, tais como a academia, o movimento social e o espaço do governo.

insegurança em lidar com um dispositivo que emerge de coletivos plurais, que por vezes pode ser interpretado como desorganizado e que não há conhecimento suficiente da gestão para o manejo adequado, trava alternativas e até mesmo ameaça o saber já estabelecido. Com isso, as aberturas para o novo, o criativo diante da crise, esbarram com o saber estabelecido, que não provoca as mudanças necessárias, e paralisa as possibilidades emergentes.

O não saber lidar com o dispositivo coletivo (Fórum Perinatal), com a escuta do controle social para qualificação da gestão, na medida da aproximação com a realidade das usuárias, e a dificuldade em dar sequência às discussões com repetição das questões, na ausência de propostas efetivas de mudança, além de que a ausência de respostas para problemas reiterados parece ter desgastado a potência do espaço Fórum Perinatal.

Em síntese, nas narrativas acionadas é comum a crítica interna à organização política e aos representantes com capacidade de levar as pautas que dizem respeito a garantia de direitos das mulheres, reconhecimento da qualificação da saúde do trabalhador apoiando e prevenindo adoecimento, e o lugar do gestor como promotor de compromissos com as decisões colegiadas e resolução de problemas.

Outro ponto de destaque diz respeito de levar a frente como uma decisão política os problemas identificados no Fórum Perinatal. Essa decisão política é atravessada por uma vontade partidária que pode comprometer um diálogo de garantia de direitos:

“Não há vontade política de se fazer as coisas. É possível resolver o problema da falta de leito, por exemplo, mas não se resolve” (Fogo).

A título de esclarecimento cabe situar como se deu historicamente o processo de implementação do Fórum Perinatal no país. Segundo Costa¹⁶, esse processo foi iniciado a partir da experiência da Comissão Perinatal de Belo Horizonte com ações focadas nas Regiões da Amazônia Legal e Nordeste, por meio do Plano de Redução da Mortalidade

Infantil em 2009/2010. Nos estados do Nordeste e Norte do país, esse processo foi idealizado como podendo ser investido pela presença de um apoiador institucional do Ministério da Saúde. O mesmo, residente no estado, teria a função de mobilizar, ativar, acompanhar, e se necessário, intervir, em parceria com as secretarias de saúde, as estratégias de qualificação da gestão e atenção ao parto e nascimento, dentre elas, a implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades, a qualificação da atenção no pré-natal, a implementação de colegiados gestores nos serviços e a implementação do Fórum Perinatal.

Com relação ao segundo aspecto que constitui esse núcleo de discussão do processo político de construção do Fórum Perinatal, destacamos nas narrativas aquilo que qualifica as principais pautas de discussão: a dificuldade da garantia de leitos devido a superlotação das maternidades, a concentração do atendimento na rede municipal e a dificuldade da gestão em criar condições institucionais para o acesso e atendimento de qualidade e a eliminação da peregrinação das mulheres na hora do parto.

Segundo Victora et al.⁵⁷ as questões acima não estão restritas a uma determinada região do país, necessitando de estratégias adequadas para superação das dificuldades enfrentadas na organização do sistema de saúde e dos serviços de saúde frente à peregrinação das mulheres e a qualidade assistencial no momento do parto e nascimento.

Analisar as formas simbólicas e as ideologias impressas nas interações sociais permitiu nos aproximarmos de questões do processo histórico da saúde pública no Estado:

“O coronelismo e patriarcado são ainda muito fortes, e isto repercute na assistência à saúde das mulheres... Como é possível ainda existir essas maternidades sem condições assistenciais? Umas por infraestrutura e outras por falta de profissionais” (Ar).

O tema da baixa capacidade das gestões estadual e municipais em conseguir fazer mudanças institucionais frente ao modo de organizar os processos de trabalho na gestão e atenção ao parto e nascimento foi tratado por todas as entrevistadas como um dos grandes obstáculos para a garantia dos direitos à saúde das mulheres.

A expressão destacada nas entrevistas “*a quem interessa essa manutenção dos problemas*” parece ser simbólica das disputas de poder e o privilégio de alguns frente ao coletivo da saúde pública: acordos políticos partidários, soberania dos médicos sem respeitar carga horária, evidências científicas, trabalho em equipe e a voz das usuárias.

Estudos⁵⁸⁻⁶¹ apontam que a dinâmica interfederativa no SUS apesar de ser constituída para a descentralização, regionalização e participação social na implementação da política, ainda carece de uma governança consistente, isto é, focada nas necessidades de saúde, plural, solidária e cooperativa. Herança do atendimento centrado no procedimento médico hospitalar e no financiamento direcionado pela capacidade instalada e assim direcionando as prioridades pela oferta de serviços e não pela identificação das necessidades epidemiológicas e pactuação cooperativa regional.

Além disso, o desenvolvimento econômico, político e social das regiões Norte e Nordeste é identificado como um critério estratégico para as prioridades das ações em saúde, como por exemplo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, a partir de 2009. Porém, a efetivação local dessas prioridades esbarra na capacidade gestora em ampliar ações a partir de novos arranjos que promovam a disruptura com o instituído e a criação de novas ações que garantam o acesso à população.

Assim, a construção narrativa analisada nas entrevistas parece destacar o desenvolvimento histórico das políticas de saúde na região Nordeste e, também, o tamanho do desafio em reconstruir uma dinâmica capaz de incluir a participação social

na definição das prioridades em saúde, assim como no acompanhamento e avaliação das políticas – uma transparência na política de saúde. Uma política de saúde com sentido para a população e para os profissionais de saúde.

É interessante perceber a cultura do estrangeiro (eixo sul-sudeste) como algo que seria mais qualificado e consistente do que o produzido e consolidado localmente (norte e nordeste) ao importar a experiência exitosa da Comissão Perinatal de Belo Horizonte⁴ como referencial normativo na implementação do Fórum Perinatal que serve de referência para a presente pesquisa, sem, contudo, privilegiar as ações já desenvolvidas no território local.

A narrativa de uma das entrevistadas demarca bem a comparação antagônica entre a experiência do Comitê de Mortalidade Materna do Estado e o Fórum Perinatal, considerando o primeiro enquanto espaço inovador de integração da vigilância e atenção à saúde das mulheres, ao focar na saúde materna e suas causas raízes enquanto sinalizador da qualidade à saúde e garantia dos direitos das mulheres. Sendo essa experiência um diferenciador do Comitê Estadual referido (para demais comitês de morte materna) ao fortalecer o papel do controle social e do espaço de diálogo, discussão e debate político, e não como responsável pela investigação do óbito. Por sua vez, as experiências do Sul e Sudeste eram prestigiadas exatamente pelo avanço e qualificação na investigação dos óbitos. A distinção de características existentes na origem do Comitê Estadual referido e demais Comitês de Morte Materna é revivida no processo de implementação do Fórum Perinatal a que se refere à experiência das entrevistadas, pressionando, assim, a concepção do Comitê de Morte Materna com foco no caráter na investigação do óbito e, portanto, desqualificando o diferenciador potencializador atribuído ao Comitê de Mortalidade Materna. Além de apontar para a dificuldade de incluir a discussão nos termos políticos da garantia dos direitos das

mulheres. Valorizando apenas o aspecto técnico das investigações dos óbitos perde-se de cena o contexto político institucional da garantia dos direitos e até mesmo das políticas sociais.

Além disso, parece que ainda persistiu a proposição do Ministério da Saúde, do ente federado supostamente mais qualificado hierarquicamente, como algo a ser executado como o “melhor a ser feito”, sem adaptações à luz das experiências locais. Nesse caso, o exemplo de uma experiência exitosa foi tomado como referencial normativo único e direcionador (disruptor em certo sentido do que estava sendo desenvolvido no Estado até então), descaracterizando o caráter inovador da proposta (coletivo plural e propositivo do Fórum Perinatal) em potencializar os arranjos locais para construção de análises e proposições coletivas em prol da saúde das mulheres.

Um olhar atento sobre as falas analisadas remete a um questionamento sobre a forma como esses dispositivos operam não com ausência de propósitos, mas como uma engrenagem coerente onde o Estado propõe um novo modelo de atenção ao parto e nascimento – pautado em evidências sobre boas práticas e reconhecimento do direito das mulheres com atenção qualificada – e precisa ter uma contrapartida nesse investimento. Isso significa apostar na possibilidade de experiências exitosas que já apontassem caminhos, e ao mesmo tempo, reconhecidas externamente. No entanto, essas experiências são interpretadas como transposição de modelos, desconhecimento do acúmulo local na construção das suas próprias experiências exitosas e, portanto, ganham significado de algo que merece ser confrontado.

O Fórum Perinatal a que se referem às entrevistadas foi antecedido pelo Comitê de Morte Materna do Estado, criado em 1991, como resultado de uma articulação entre epidemiologistas do estado, do movimento de mulheres e professoras das faculdades de medicina. As ações políticas e técnicas foram estruturadas com base em quatro

dimensões da mortalidade materna (ajustadas ao longo do tempo), Magnitude, Subinformação, Evitabilidade e Violação dos direitos humanos das mulheres^{xiv}. Neste sentido, a indissociabilidade entre ciência e garantia de direitos permeou desde o início as ações do Comitê Estadual.

É importante destacar que esse Comitê foi reconhecido como exemplo de articulação e interação plural dos integrantes, com destaque para a representação do Ministério Público, que é uma das formas inovadoras de garantir a implementação das medidas preventivas.

A partir do ano 2000 esse mesmo comitê teve uma atuação intensiva do controle social, com autonomia, mas conflitos com a Secretaria Estadual de Saúde. A partir desse período a coordenação do comitê é da representante do movimento social feminista. Seu foco é na dinâmica das ações políticas do Comitê de Morte Materna frente às vulnerabilidades, dificuldades de acesso e má qualidade da assistência e negação de direito à saúde e à vida, identificadas a partir da investigação dos óbitos maternos. Segundo Valongueiro^{xv}, referindo-se ao Comitê de Morte Materna, o mesmo vem transformando o caráter do óbito materno, de um problema de saúde pública numa violação dos direitos humanos das mulheres.

O Fórum Perinatal estudado aqui surge em 2012, ou seja, com um grupo de feministas e profissionais de saúde atuantes em prol da redução da morte materna e na garantia dos direitos das mulheres, por meio do Comitê de Morte Materna. Em que pese esta força político-institucional desse comitê as narrativas destacam que no início da constituição do Fórum Perinatal o Comitê de Morte Materna não foi convidado, sendo necessário se fazer presente sem convite, e por muita insistência, para poder participar

^{xiv} Apresentação de Sandra Valongueiro disponibilizada no site <http://slideplayer.com.br/slide/1776892/>. Consulta em 26 fev 2017.

^{xv} Apresentação de Sandra Valongueiro disponibilizada no site <http://slideplayer.com.br/slide/1776892/>. Consulta em 26 fev 2017.

do debate nesta nova arena, agora sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde, denominada Fórum Perinatal:

“Nós aqui temos um Comitê de Morte Materna atuante e já fazemos estas atribuições do Fórum Perinatal... O Ministério da Saúde não concordou que Fórum Perinatal é a mesma coisa que Comitê de Mortalidade Materna, mas nos apoiou em fazermos parte integrante do Fórum Perinatal... Hoje eu até entendo que são espaços diferentes e complementares” (Fogo).

Dois aspectos sobressaem quando se coloca a relação entre o Comitê de Morte Materna e Fórum Perinatal. Uma posição que problematiza um certo desconhecimento ou até desconsideração do papel do Comitê de Morte Materna na garantia dos direitos das mulheres, espaço de maior reconhecimento como fruto das ações locais e do acúmulo histórico do movimento social e das intelectuais do movimento feminista, e por outro lado, a possibilidade de reconhecer e apostar em um círculo virtuoso que fortalece os direitos das mulheres na sinergia entre Comitê Morte Materna e Fórum Perinatal, mas com a mediação do Ministério Público.

Um tema bem destacado pelas cinco entrevistadas foi a realização das visitas surpresas, sob condução do controle social do Comitê de Morte Materna. Elas foram tratadas como um arranjo criativo e concreto do controle social que possibilita o acompanhamento *in loco* do reconhecimento de atendimento de qualidade pautado no modelo de atenção ao parto e nascimento baseado em reconhecimento de direitos e Boas Práticas de gestão e atenção.

Inclusive essas visitas servem de suporte para a vocalização e identificação de problemas do mundo real, ou seja, trazem para dentro do espaço de discussão do Fórum Perinatal os relatórios dessas visitas, o contato feito com as usuárias e com os profissionais, a identificação dos problemas. Duas das entrevistadas destacam que o arranjo das visitas surpresa é algo que diz respeito ao papel do controle social dentro do Comitê de Morte Materna e não cabe ao gestor com assento neste comitê estar presente

nestas visitas. A escuta dessa experiência deixa claro como o Comitê de Morte Materna já exercia uma função/papel que talvez se sobrepusesse a proposta do Fórum Perinatal.

Inclusive convive uma sobreposição com uma diferenciação entre as funções do Comitê de Morte Materna e do Fórum Perinatal:

“O Comitê de Morte Materna é legitimado nas instituições. Tem uma atuação política de discutir as causas dos óbitos e o papel da gestão na organização do sistema na atenção ao parto e nascimento. Este Comitê de Morte Materna possui um grupo técnico responsável pela investigação dos óbitos do Estado que não são realizados pelos municípios ou comitês regionais” (Fogo).

Nesse sentido, é possível perceber que o Comitê de Morte Materna compreendeu o trabalho compartilhado e potencializador do Fórum Perinatal e vem se utilizando desse espaço para intensificar suas reivindicações de melhoria da gestão e atenção à saúde das mulheres no Estado. Sem perder sua especificidade, (re)aprendendo a recolocar a Secretaria de Estado da Saúde no papel crítico e propositivo de gestor da saúde das mulheres e, em certa medida, em parceria com o controle social. No entanto, o inverso não pôde ser apreendido nas narrativas, ou seja, não foi destacado a gestão (re)aprendendo a recolocar o controle social como aliado das mudanças culturais necessárias para renovação da prática obstétrica. Esta questão pode ser identificada ao analisar que as cinco narrativas apontaram que ainda permanece uma certa característica da gestão se colocar como vítima do sistema: dos recursos públicos insuficientes, dos profissionais médicos autoritários e dos usuários sem poder.

4.2.2 Análise do Ponto de Vista das Informantes-Chaves Sobre Valores, Crenças e Ideologias Presentes no Reconhecimento e Vocalização dos Direitos das Mulheres

Tomando como base a análise interpretativa baseada na hermenêutica de profundidade de Thompson⁶ elaboramos uma reinterpretação das narrativas onde

destacamos algumas questões simbólicas convergentes: (i) a fragilidade das instituições para exercer a transversalidade da defesa dos direitos das mulheres na implementação da atenção ao parto e nascimento; (ii) a força da vontade política partidária em detrimento da força das relações positivas de poder para a transformação da realidade, e (iii) o papel do controle social na garantia de políticas sociais efetivamente participativas e democráticas.

Trataremos o termo atenção ao parto e nascimento correlacionado ao conceito de produção do cuidado em saúde como uma função de Estado enquanto sendo o que implica na compreensão do Ser Humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integridade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de um saber que silencia outros e coisifica os sujeitos. Sendo preciso estabelecer o uso regulado da intervenção no contexto da assistência orientado pela garantia dos direitos do cidadão, no caso do parto e nascimento, da cidadã, mulher, e da sociedade⁶².

Neste sentido, as ênfases nas narrativas para os aspectos de atravessamento das fragilidades institucionais, dos acordos políticos partidários e do papel do controle social e suas forças reivindicatórias foram analisadas enquanto reflexos de gradientes de violação dos direitos humanos das mulheres que, em boa parte das vezes, os governos não conseguem proteger e transformar. As ações de atenção ao parto e nascimento são consideradas, boa parte das vezes, ao mesmo tempo violência institucional e violência de gênero, enquanto práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência.

As narrativas exploram a dificuldade das mulheres em ter seus direitos respeitados no momento do parto e nascimento na medida em que não lhe é garantido a

vinculação ao local de parto, o acesso ao serviço em momento oportuno (o que acarreta em peregrinação e, conseqüentemente, maior exposição a risco da integridade da mulher e do recém-nascido) e qualidade no atendimento baseado em boas práticas científicas, segurança e humanização do parto.

Martins e Barros⁶³, em recente estudo de revisão na literatura nacional e internacional acerca da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras, confirmam esta exposição das mulheres a diferentes modalidades de violências e desrespeito ao seu corpo (seja pela manipulação excessiva, negligência na dor ou abusos verbais), assim como a dificuldade de acesso ao serviço, e condições de estrutura inadequada e recursos físicos e humanos precários dos serviços disponíveis. Neste estudo associam a estas ações inadequadas à necessidade das instituições investirem em novas práticas com possibilidades de diálogos horizontais e decisões partilhadas entre profissionais e usuários do SUS a fim de retirar a submissão das mesmas ao conhecimento técnico e à utilização da tecnologia como sinônimo de cuidado qualificado.

O Ministério da Saúde define violência institucional⁶⁴ como

[...] aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional

A partir dessa definição podemos identificar nas narrativas o quanto, por exemplo, a partir da experiência das visitas surpresas pelo controle social, essa realidade veio à tona nos debates do Fórum Perinatal e o quão foi difícil para a gestão mudar essa realidade e tampouco se apropriar dos produtos das visitas aos serviços como possíveis dispositivos da mudança ao cuidado às mulheres.

Além disso, podemos perceber nas entrevistas que as relações de gênero mais uma vez informam como as práticas de saúde são organizadas e se estabelecem no

cotidiano dos serviços, onde a figura do médico é tratada como soberana e a mulher é tratada como a merecedora de um favor do poder público. Estudos⁶⁵⁻⁷¹ já demonstraram como as instituições reproduzem desigualdades de classe e gênero nas tarefas e práticas cotidianas que realizam e como há necessidade de intervenções que tratem dos aspectos em visão social, cultural e econômica.

Assim, algumas das características identificadas na relação entre profissionais e usuárias na atenção ao parto e nascimento são destacadas nas narrativas, enquanto desigualdades de gênero (re) produzidas (manifesta ou tacitamente) no interior das instituições sociais sustentadas pela manutenção naturalizada de papéis e comportamentos socialmente atribuídos a mulheres e homens. Alguns exemplos retratam esta naturalização do papel da mulher nas instituições de saúde: *“É papel da mulher ser mãe, e por isto, ela precisa ser forte. Agora (na hora do parto) tem que aguentar, faz parte sentir dor”* (Terra). E por isto, as desigualdades de gênero não podem ser pensadas isoladas de outros marcadores sociais, tais como classe social, raça/etnia, geração, religião etc. Tais situações podem ser confirmadas em pesquisas^{69,71} que mostram que a violência obstétrica não atinge todos os sujeitos igualmente. Mulheres pobres, negras, menos escolarizadas, queixosas ou pouco colaborativas e sem acesso aos serviços essenciais de saúde, incluindo o pré-natal, estão mais expostas a comportamentos violentos por parte dos profissionais de saúde.

Diante do acervo acionado nas narrativas esta pesquisa toma como referencial

[...] gênero como “categoria analítica de poder” (SCOTT, 1995) não restrita à mulher, nem à relação entre homens e mulheres. “Pensar gênero como um operador de análises de políticas públicas de saúde, na medida em que tais políticas tendem a ser tecidas de modo generificado (MEYER, 2008), operando distribuições de poder por meio de pedagogias corporais (LOURO, 2007) que tendem a reificar normas regulatórias de gênero (BUTLER, 2007) que tomam forma nos corpos de homens e mulheres, mas também nos espaços físicos, nas relações entre profissionais e entre estes/as e usuários/as dos serviços, na construção dos projetos terapêuticos e institucionais, enfim, na construção de políticas⁷².

Assim, analisamos as narrativas tomando como base que a operacionalização da categoria analítica de gênero nos cuidados em saúde atravessa a constituição e o funcionamento de instituições, símbolos, normas, leis, serviços assistenciais, políticas públicas, modos de ser e de conviver em uma sociedade⁷³.

Em outros termos, as relações de gênero são construídas no âmbito da cultura e se sustentam por meio de relações de poder: entre homens e mulheres, homens e homens, mulheres e mulheres:

[...] quando nos dispomos a discutir a produção de (...) desigualdades de gênero, considerando-se todos estes desdobramentos do conceito, também estamos, ou devemos estar, de algum modo, fazendo uma análise de processos sociais mais amplos que marcam e discriminam sujeitos como diferentes em função tanto de seu gênero quanto em função de articulações de gênero com raça, sexualidade, classe social, religião, aparência física, nacionalidade etc. E isso demanda uma ampliação e complexificação não só nas análises que precisamos desenvolver, mas, ainda, uma reavaliação profunda das intervenções sociais e políticas que devemos, ou podemos, fazer⁷³.

Portanto, é preciso reafirmar a necessidade da valorização da democratização das relações⁷⁴ – ou seja, investir em ações que permitam integrar homens e mulheres no desenvolvimento dos processos sociais – e do papel do controle social para a transformação nas práticas da gestão e atenção ao parto e nascimento.

O uso do termo Violência Obstétrica foi apresentado nas narrativas como um termo mal visto pelos médicos e que mereceria, na visão dos mesmos, ser substituído por humanização, para não configurar pessoalidade na função do médico. Aquilo que não deve ser nomeado e como tal precisa de um termo que camufle seu objetivo final: a autonomia e protagonismo da mulher. Isso é mencionado pelas entrevistadas como mais um fator de compreensão centrada no poder médico, nas ações de poder que permeiam a relação entre profissionais e a usuária do SUS. E também como uma relação profissional dependente:

“Quando se fala de violência obstétrica, de humanização, incomoda por isso, isso não está na ordem do direito. Ainda é uma coisa assim, mulher pobre. Mulher pobre sem direito. Não é uma coisa da sexualidade, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (...) Eu não sei por que as pessoas vão ser obstetras, é um saco cuidar daquelas mulheres para muita gente” (Fogo).

No caso da assistência ao parto e nascimento a violência institucional e a violência de gênero podem ser vivenciadas como Violência Obstétrica, na medida em que o espaço institucional inadequado já é violador de direitos, são realizados procedimentos desnecessários e sem evidências científicas de benefícios, além de se tratar de um evento -o parto- que ocorre exclusivamente com mulheres. Na última década, várias definições de violência obstétrica têm sido propostas. Uma delas, que nos apoiaremos nesta pesquisa, é a da primeira legislação latino-americana tipificando esta forma de violência, aprovada na Venezuela:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres⁷⁵.

Pesquisa nacional realizada em 2013, pela Fundação Perseu Abramo, identificou que cerca de 1/4 das mulheres que tinham parido, e também aproximadamente metade das que abortaram, relataram alguma forma de Violência Obstétrica⁷⁶. Diante de tal cenário, a atitude e a ação de identificação e evitação de risco de hipermedicalização, intervenções desnecessárias e danos, denominada enquanto a prevenção quaternária, precisa considerar a Violência Obstétrica em seu escopo de saberes, valores e práticas.⁶⁴

Um bom dispositivo conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, em 2014, no sentido da prevenção quaternária, foi a publicação do documento orientador *Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e*

*qualidade*⁷⁷. Neste documento os gestores e serviços poderão encontrar ações para evitação de riscos e intervenções desnecessárias e instrumentos para reorganização do processo de gestão e atenção ao parto e nascimento com proposição de indicadores e metas de acompanhamento das mudanças estabelecidas como prioritárias. Assim como este documento pode ser tratado como balizador do acompanhamento das ações pelo Ministério Públicos e Sociedade civil organizada, seja nos espaços das maternidades ou mesmo nos espaços gestores colegiados e participativos, como por exemplo, os Fóruns Perinatais.

Outro destaque das narrativas refere-se ao papel de pressão e provocação do controle social, o papel de defender o ponto de vista das mulheres.

Tesser et al.⁶⁸ propõe que a prevenção quaternária frente à violência obstétrica no Brasil requer a participação dos profissionais e suas associações em duas frentes: a primeira envolve a atuação clínica no cuidado e apoio às gestantes e puérperas, bem como a elaboração participativa de planos de parto. A segunda requer suporte e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil.

As narrativas também apontam para a necessidade do papel de fiscalização e de cobrança do Ministério Público, e ao mesmo tempo de reforço das ações e reivindicações do controle social. Mas, além da mudança na atuação dos profissionais é preciso que os movimentos sociais continuem a pressionar a gestão para a incorporação de estratégias de fortalecimento do papel institucional na atenção ao parto e nascimento, dentre elas, a prevenção quaternária e contratos de gestão que promovam a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. É preciso ir além das normativas, da legislação. É preciso criar condições de efetivação dos direitos. De se fazer cumprir a lei por meio

de estratégias e mecanismos nos diversos âmbitos: ensino, gestão, atenção e controle social.

Tais desafios somam-se aos desafios destacados por Victora et al.⁵⁷, onde mais uma vez a prevenção quaternária, no âmbito da gestão, formação e atenção ao parto e nascimento, pode ser o referencial principal para a superação das dificuldades problematizadas nas questões:

Como reduzir ainda mais as disparidades regionais, socioeconômicas e étnicas que persistem apesar do progresso geral alcançado? Como reverter as tendências de excesso de medicalização do parto? Como enfrentar o aumento da frequência de partos pré-termo? Como baixar mais a mortalidade neonatal, que atualmente representa dois terços dos óbitos infantis e que está reduzindo mais lentamente que os outros componentes? Como melhorar a qualidade da atenção, uma vez que o acesso aos cuidados de pré-natal e à assistência ao parto se tornou quase universal? Como integrar a atenção pré-natal e a assistência ao parto? Como manejar problemas ainda persistentes como abortos inseguros, mortes maternas evitáveis, sífilis congênita, gravidez na adolescência e como reduzir ainda mais a transmissão vertical do HIV?

No entanto, as narrativas enunciam que além de empoderar as mulheres, é preciso se fazer “o cumpra-se a Lei” nas políticas de saúde. Se fazer cumprir a legislação, com ação intensiva do Ministério Público, e também se criar mecanismos na gestão do SUS para que os serviços cumpram as leis. Observamos uma complementariedade das ações do controle social e do Ministério Público que potencializam os diagnósticos de saúde, as pressões na gestão, mas com certa incipiência na transformação, diante da complexidade do evento (parto e nascimento) e contexto político: *“Este ano de 2016 foi difícil de reunir e criar condições de debate”* (Ar).

Podemos destacar o que estudiosos e pesquisadores⁷⁸ estão nomeando de incorporação de tecnologias nos processos de trabalho para inovação na atenção ao parto e nascimento: Implementação do Acolhimento e Classificação de Risco em

Obstetrícia, Gestão do cuidado e Governança Clínica, Auditoria Clínica, Ouvidoria do SUS, Adoção de Práticas Gerenciais que produzam cuidado (por exemplo, ampliação do número de enfermeiras obstetras na assistência ao parto de risco habitual) e promovam o desenvolvimento da autonomia das usuárias, por exemplo, Termo de Recusa da Epsiotomia nas mãos das mulheres (a epsiotomia é uma prática assistencial que deve ser utilizada somente com consentimento informado, o que não acontece na prática) e o Plano de parto na Atenção Básica e em parceria com as maternidades, Implantação de Centro de Parto Normal (CPN) e espaços de diálogo entre a gestão e a sociedade (conselho gestor da unidade de saúde, fóruns perinatais etc.).

Estas estratégias, a partir de estudos e experiências locais, indicam mecanismos de gestão e atenção ao parto e nascimento factíveis de qualificação dos processos de trabalho nas instituições que demandam decisões gestoras baseadas em evidências científicas e garantia de direitos tratadas nas narrativas como grandes desafios para a política local.

A questão da violência obstétrica também foi tomada nas narrativas como uma violação dos direitos das mulheres e de pouco reconhecimento (e compreensão da dinâmica social) por parte dos gestores. Sendo, inclusive, tratada pelos gestores como ação específica do profissional (assistência profissional-dependente) sem governabilidade (e responsabilidade) dos gestores.

Esta questão da governabilidade/responsabilidade dos gestores com o processo de trabalho dos profissionais em saúde é tratada em outros estudos⁷⁸⁻⁸² como um grande desafio do SUS e seu modo compartimentado de prestar assistência à saúde. Sendo inclusive definido na constituição de 1988, no artigo 200, que cabe ao SUS: “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”⁸³. A partir de então foram definidas Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos no SUS. E em 2003,

considerando essa premissa, o Ministério da Saúde instituiu em sua estrutura e missão institucional a Secretaria de Gestão de Educação e Trabalho em Saúde, induzindo estados e municípios para o fortalecimento e qualificação da gestão da educação e do trabalho em saúde. Para a formação de profissionais a política adotada neste período foi a implementação dos Polos de Educação Permanente, onde versou sobre a premissa do quadrilátero em saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, na perspectiva de mobilizar diálogos plurais e horizontais a fim de promover decisões gestoras no âmbito do SUS mais próximas da realidade dos usuários e do processo histórico do SUS⁸⁴. Posteriormente esses Polos de Educação permanente foram transformados em Comissões de Integração Ensino Serviço, vinculadas às Comissões Intergestores Regionais. No campo da gestão do trabalho foram criadas as mesas de negociação do trabalho no SUS também sob a gestão do Ministério da Saúde, SES e SMS com a finalidade de criar mecanismos de desprecarização do trabalho no SUS e regulamentação das profissões no setor saúde (desde 2006 temos o exemplo da luta dos agentes comunitários de saúde para entrar na categoria dos profissionais de saúde e pertencer a Classificação Brasileira de Ocupação-CBO). Tais iniciativas foram acompanhadas de outros mecanismos de gestão dos profissionais de saúde no SUS que complexificaram a relação gestor do sistema de saúde, gestor do serviço e profissionais da assistência, como, por exemplo, as Organizações Sociais no setor saúde, assumindo o gerenciamento de serviços de saúde com contratos específicos com contratações diferenciadas de trabalhadores no serviço. Estas questões da gestão de pessoas no SUS, dada a sua complexidade e especificidade, não poderá ser analisada com maior aprofundamento nesta pesquisa, mas não poderia deixar de ser citada, como algo que merece ser estudado em outras pesquisas.

Uma questão que foi recorrente nas entrevistas foi a superlotação e consequente peregrinação das gestantes. Podemos considerar a peregrinação da mulher como violência obstétrica por estar diretamente relacionada ao seu processo reprodutivo e à anulação dos seus direitos:

Essa modalidade de violência resulta da precariedade do sistema de saúde, que restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo com que muitas mulheres em trabalho de parto vivenciem uma verdadeira jornada em busca de uma vaga na rede pública hospitalar, peregrinando até conseguirem atendimento⁷¹.

Trata-se do Estado garantir que os serviços de saúde permitam que seus recursos sejam mais facilmente utilizados pela usuária. Diante das narrativas, estas garantias não conseguem ser dadas. Os governos não demonstram capacidade organizativa para criar estratégias de garantia dos direitos das mulheres, sendo os mesmos violados, com maior intensidade na dimensão da sua saúde sexual e saúde reprodutiva.

Nesse sentido, a escassez de vagas nas unidades hospitalares, que não conseguem absorver a respectiva demanda, ocasionada por um déficit de leitos obstétricos, compromete a atenção eficaz na linha de cuidado à mulher, pois os serviços de saúde não estão articulados entre si e funcionam sem cooperação nas ações de cuidado à saúde da mulher e do bebê.

Há uma lógica de descumprimento de ações que assegurem os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, além do despreparo das instituições em oferecer uma assistência de qualidade. Ou seja, o sistema de saúde, em geral, não possui ações e serviços de saúde organizados e acessíveis às necessidades das usuárias e a qualidade assistencial está aquém das evidências científicas e da garantia dos seus direitos humanos.

As narrativas ressaltam o que Aguiar⁸⁵ analisa em relação a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento encontrar-se com o resgate não só do protagonismo da

mulher, mas para além disso, a compreensão e o reconhecimento da condição da mulher, no momento do parto.

É interessante perceber nas narrativas o mote e eixo central dos debates e reivindicações focados nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, associados à garantia de direitos e ao exercício da cidadania. No entanto, há uma atenção diferenciada para as falas e atuações dos especialistas (não leigos) e dos movimentos sociais não especialistas (leigos), como se houvesse distinção no conhecimento e na força das reivindicações de acordo com a capacidade técnica especializada do enunciador. Assim, também pudemos perceber que as falas das representantes do controle social demonstravam conhecimento técnico e argumentativo muito acentuado, em contraste com as falas de distinção entre o alcance da legitimidade do conhecimento leigo e não leigo.

As entrevistadas são mulheres que atuam na militância feminista, pelos direitos das mulheres, e também atuam no ambiente das pesquisas, do ensino e em *advocacy*. Três delas com ações em audiências públicas, em ONGs e em ações diretas com as mulheres, seja no acompanhamento ao parto - como Doula - ou em movimentos de rua, mobilizando reflexões e esclarecimentos à população. Uma delas com atuação de muito tempo na gestão do SUS e outra na atuação direta da defesa dos direitos das mulheres, por meio de seu trabalho como promotora no Ministério Público.

Suas ações demonstram caminhos confluentes entre a vida pessoal e a vida profissional. Suas lutas são no cotidiano e com as instituições. As narrativas desvelam o imbricamento entre suas vidas pessoais, profissionais e ativistas.

No entanto, as narrativas trazem à cena que a capilaridade dos movimentos sociais e sua interferência nas ações de saúde parecem demonstrar certa repetição e

limitação, além de se transformarem em ações personalizadas de resistência, gerando cansaço e frustração.

O cansaço e a frustração declarados por uma das entrevistadas pode ser comparado ao que Ratts⁸⁶ nos apresenta ao analisar a trajetória da intelectual ativista Lélia Gonzalez que se autodefine como intelectual orgânica, ao reunir a produção acadêmica e a vida de militância nas ruas, de ir se defrontar com o outro, de agir a partir e por dentro das estruturas. Esta afirmação converge com a noção de intelectual orgânico de Gramsci (1979)⁸⁷, para quem a única forma de modificar as estruturas é conhecê-las, e dentro delas fazer mudanças. Lélia também apontava para uma preocupação que a militância poderia acarretar acerca da pouca dedicação à vida pessoal e às suas estruturas do cotidiano asseguradas (casa, trabalho etc.), um cansaço natural do caminho percorrido coletivamente e encarnado individualmente com o avançar da idade.

A força da intelectual orgânica com produções acadêmicas de análises e discussões, nas militâncias de rua e na circulação entre os diferentes espaços de debate e reflexões emerge nas narrativas com um diferencial singular da atuação do CMM para derrubar barreiras no sistema de saúde organizado para a atenção ao parto e nascimento. Esta força também é levada para o espaço do Fórum Perinatal, apesar das dificuldades da gestão da saúde em incorporar essas características do movimento social local nas problematizações e construção de alternativas (como no caso das visitas surpresas) para quebra e superação do instituído.

Esta luta do movimento de feministas dialoga com o que Tornquist⁸⁸ associa ao modelo de parto no país como desrespeitoso aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, e mais, como forma de violação aos direitos humanos, se tomamos como

parâmetro os documentos elaborados por representantes de mulheres de diversos países do mundo nas Conferências de Viena, Cairo e Beijing.

Segundo a autora humanizar o parto implicaria trazer para o campo do simbólico a experiência da parturição, implicaria perceber a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural que se fazem presentes no ritual do parto. E o empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Entretanto, o parto, como qualquer ação humana, é também uma construção social. É preciso, portanto, aprender a parir.

As reivindicações em torno dos direitos reprodutivos e sexuais para aquelas mulheres que escolheram ser mães apontam para mudanças substanciais na vida das mulheres que não podem ser desconsideradas, sobretudo em um contexto no qual o tratamento desigual, a desinformação, os maus tratos e as formas sutis de tortura e mutilação sexual involuntária são comuns, como é o caso brasileiro. A questão da normatividade pode estar presente em quaisquer das práticas de saúde, inclusive na assistência ao parto, por exemplo, quando trata do evento parto e nascimento centrado na normativa e pouco no ritual simbólico de um sujeito frente aos seus direitos de estar no mundo. Por isto, ser uma questão de saúde coletiva, de construção de uma sociedade mais justa, parece ser, também, um tema que precisa estar presente nas ações do controle social. O modo de parir nos serviços públicos remete às relações de poder e dominação mediadas pelo saber e ter, que podem ser identificadas nos momentos de interação dos profissionais de saúde e as mulheres que buscam pelo atendimento às suas necessidades.

Esta associação entre o ativismo das entrevistadas, a função da saúde coletiva e o papel do controle social nos remete à reafirmação da integralidade do cuidado, aos

princípios do SUS e à cidadania como premissas constitutivas do cuidado em saúde.

Um percurso com alguns dilemas, desgastes pessoais e avanços no percorrer da história.

“Como duas populações, de um lado as ciências sociais ou naturais, donde a saúde, e, de outro, as humanidades, donde a arte, a alteridade, as sensibilidades e os afetos. A atenção à saúde requer ambas, reconciliação, uma pedagogia mestiça.”

(Ferla)⁸⁹

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES

Ao tomar as narrativas como objeto de análise foi possível compreender como em determinado contexto sócio-histórico personagens, atores, componentes ideológicos e arranjos operaram acerca da vocalização dos direitos das mulheres na implementação da Rede Cegonha daquele determinado território.

Percebemos que no espaço do Fórum Perinatal, em que pese a força da relação dialética sempre presente nas instituições entre o instituído e o instituinte - levando a uma redução da capacidade de ruptura, inovação e construção de novas correlações de forças para a implementação de uma gestão e atenção ao parto e nascimento que reconheça e efetive os direitos das mulheres - ainda assim, há brechas para que as representantes dos movimentos sociais e Ministério Público colaborem para que os debates e proposições favoreçam a garantia do direito social à saúde e dos aspectos éticos previstos no arcabouço legal do Sistema Único de Saúde. Ou seja, nos debates acerca da atuação do profissional médico, que por vezes está distante da garantia dos direitos das mulheres à uma atenção integral no momento do parto e nascimento, e também nos debates da atuação dos gestores para uma efetiva condução de estratégias e instrumentais compatíveis com as necessidades de reorganização do sistema de saúde e do processo de trabalho dos profissionais da assistência, parece ainda prevalecer um componente ideológico de classe social onde o sistema de saúde é organizado e produzido para cidadãos pouco favorecidos, acompanhado de outros componentes ideológicos, como raça/cor e gênero. O que nos aponta para momentos do que Fleury⁹⁰ nos chamou a atenção para a construção da cidadania invertida, onde a usuária precisa comprovar e reivindicar seus direitos a um sistema de saúde universal, de qualidade e antissexista. Direitos sociais que os representantes dos movimentos sociais e Ministério

Público tornam-se porta-vozes no processo de implementação da política, no caso, da atenção ao parto e nascimento.

A existência do espaço do Fórum Perinatal não é por si só garantia do debate plural e participativo para reconstrução de alternativas diante das dificuldades e impasses. No entanto, sua possibilidade de funcionamento parece despontar para a necessidade de qualificar as articulações e aproximações entre os movimentos sociais e sua participação no processo de implementação da gestão e atenção ao parto e nascimento; questões que, de acordo com os achados da presente pesquisa, ainda não estão incorporadas pelos gestores responsáveis na condução da política local, mas que permanecem nas prioridades do movimento feminista e do Ministério Público na defesa da garantia dos direitos das mulheres.

As construções narrativas foram analisadas à luz dos enredos traçados pelas entrevistadas evidenciando as questões mais pulsantes de suas reflexões e análises. Foi interessante perceber especialmente o depoimento de uma das entrevistadas ao destacar em sua fala que somente naquele momento da entrevista estava podendo perceber que o espaço do Fórum Perinatal poderia permitir a vocalização dos direitos das mulheres. Além disso, outra entrevista chamou a atenção pelo grau de implicação da participante em defender os direitos das mulheres, e ao mesmo tempo a dificuldade de concretização desses direitos. Além disso, ficam evidenciadas no conjunto das entrevistas a dificuldade com o manejo do coletivo e plural e a indignação com as situações de violação dos direitos das mulheres.

As narrativas também evidenciaram que, durante a constituição e implementação do Fórum Perinatal, algumas questões são consideradas com intenções e intensidades diferenciadas, dentre elas: O que é um Fórum Perinatal? Como constituí-lo? Qual sua finalidade? Quem o coordena, e como? Qual a diferença entre esse fórum e os Comitês

de Mortalidade Materna e Infantil? E qual a articulação entre eles? Qual a articulação do fórum com os Conselhos de Saúde (estaduais e municipais)? Como mobilizar a efetiva participação dos movimentos sociais, representantes de usuários, de profissionais e gestores dos serviços da atenção básica, da atenção hospitalar, da vigilância e planejamento nesse fórum?

Tais questionamentos apontam para a dificuldade no manejo de um espaço que pretende promover o encontro com o plural, a diversidade e o conflito, apostando que, exatamente, por meio deste arranjo (que inclui a multiplicidade) possam ser geradas transformações e mudanças diante do instituído e, por vezes, já cristalizado. Os variados temas debatidos nos encontros do Fórum Perinatal giraram em torno da situação de desassistência à parturiente, do modelo vigente de gestão e atenção ao parto e nascimento centrado no médico e do pouco reconhecimento do empoderamento da mulher, da baixa capacidade gestora em promover um compromisso institucional e profissional para a qualidade da atenção.

As narrativas parecem nos desvelar o engessamento da gestão diante das relações de poder que se colocam no cotidiano dos serviços e da própria gestão. Como transcender as dificuldades em realizar as reuniões e manter a comunicação entre os envolvidos? Em se efetivar uma dinâmica interinstitucional, por meio do Fórum Perinatal, e outros mecanismos disponíveis (como, por exemplo, Comitê de Morte Materna), que favoreça a vocalização do direito das mulheres e, ao mesmo tempo, se efetive respostas às necessidades de saúde integral das mesmas?

Assim, outras reflexões são trazidas à cena: Quais as possibilidades e limites do Fórum Perinatal como gerador de um círculo virtuoso na garantia de direitos das mulheres para a atenção humanizada ao parto e nascimento? Quais arranjos permitem que o Fórum Perinatal se configure ou não como um potencial dispositivo de articulação

dos gestores, trabalhadores da saúde, usuárias e usuários e movimentos sociais na organização da atenção à saúde materna e infantil?

A reafirmação da participação do Ministério Público e de representantes do movimento social despontou como o diferenciador na garantia do arranjo gestor em prol da garantia dos direitos das mulheres. O lugar de pressão e constrangimento positivo do Ministério Público favorece que os gestores possam reconhecer mais firmemente suas responsabilidades com as ações ofertadas nos serviços e pela assistência prestada pelos profissionais do sistema de saúde, assim como recolocarem-se no lugar de autoridade sanitária responsável pela garantia dos direitos dos usuários do SUS, no nosso caso, mulheres, parturientes. No entanto, em que pese as pressões, o se fazer cumprir a Lei ainda parece distante das realidades relatadas de alguns serviços que realizam parto e nascimento no estado, como por exemplo, a existência de superlotação nas maternidades, peregrinação das gestantes em busca de atendimento e práticas obstétricas não recomendadas.

Nesse sentido, a envergadura política e social que os representantes do movimento social do Estado mobilizam com suas análises e reflexões, como as questões de gênero, raça e classe social, permite deslocar a visão gerencial da gestão do sistema de saúde vigente para uma perspectiva mais ampla e diversificada, que se para alguns pode parecer, às vezes, como polêmicas e abstrações, para outros, é exatamente o diferencial que permitirá mudar o rumo para caminhos mais dignos, seguros e de qualidade na atenção à saúde e, até mesmo mais próximo ao almejado com a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS.

A presença de representantes do movimento de mulheres e feministas no espaço do Fórum Perinatal (e também no seu antecessor, o Comitê de Morte Materna) possibilita a inserção no debate da qualificação da gestão e atenção ao parto e

nascimento a compreensão amplificada das dificuldades ao trazer para a arena as discussões a partir das análises das desigualdades sociais e de gênero como um importante dispositivo de categoria interpretativa da atenção à saúde das mulheres. O que nos remonta a situação de que um maior e melhor acesso à saúde não necessariamente reduz as demais desigualdades derivadas das relações de gênero, em especial as que se inscrevem no terreno da subjetividade.

Os espaços de Fórum Perinatal podem ser tomados como uma oferta/dispositivo à luz do que Caetano³³ destaca para o SUS ser capaz de mobilizar líderes profissionais e da sociedade, coordenar as ações, monitorar a implementação das políticas públicas voltadas para esse tema e prestar contas à sociedade. A sociedade também precisa estar atenta a alocação e destinação dos recursos públicos, exigir o cumprimento das leis, normas, regulamentos, metas programáticas e a inclusão dessa questão como prioridade na agenda política nacional. Em certa medida, as narrativas e os registros das reuniões do Fórum Perinatal sinalizam essa finalidade, mesmo esbarrando nas dificuldades de operacionalização mais ágil e consistente.

O estudo também sinaliza a importância de retomar a sinergia dos Comitês de Morte Materna com as ações de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, ação que parece ter sido abandonada na implementação da Rede Cegonha, de acordo com algumas entrevistas realizadas. Questão essa que foi desnudada na fase de constituição do Fórum Perinatal referência dessa pesquisa ao não considerar as ações de convergência e complementariedade entre o espaço do Fórum Perinatal e o espaço do Comitê de Morte Materna, ambos promotores de análise e contribuições para a melhoria da atenção à mulher.

A questão da representatividade dos participantes no espaço do Fórum Perinatal, associada ao contexto de gestão local (e nacional) do sistema de saúde, despontou como

outra característica que merece ser tratada cuidadosamente, enquanto motriz para o Fórum Perinatal ser um espaço virtuoso de encontros e possibilidades para a qualificação da atenção ao parto e nascimento. Destaca-se nesta questão a ênfase colocada pelas entrevistas da “categoria” vontade política enquanto ação política partidária que impede as ações de serem efetivadas e o modelo de atenção ao parto e nascimento conseguir mudar.

Por outro lado, parece que as ações dos movimentos sociais foram arrefecidas e colocadas em outros planos e merecem ser melhor analisadas em futuras pesquisas. A fala reiterada das feministas quanto à necessidade de renovação da representação do movimento parece desvelar novas questões que não foram objeto da presente pesquisa.

Diante das diversas reflexões que esta pesquisa proporcionou, a interface entre as categorias gênero, integralidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos e modelo de atenção ao parto e nascimento como dimensões para a qualificação da atenção pública à saúde das mulheres fica evidenciada. Estes achados desvelam pistas importantes, entretanto ainda há um caminho em construção a ser percorrido. Um caminho contínuo com a participação de muitos e muitas na construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade e promotor de cidadania.

6 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010. Brasília (DF); 2010.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no Âmbito do SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 25 jun 2011; Seção 1.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
4. Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Tempus, actas de saúde colet.* 2010;4(4): 191-99.
5. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
6. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes; 1995.
7. Butler J. Fundamentos Contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. *Cadernos Pagu.* 1998;(11):11-42.
8. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *J Hum Growth.* 2009;19(2):313-26.
9. Correa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis.* 1996;6(1-2):147-77.
10. Gomes MAM, Moreira MEL, Lopes JMDA, Carvalho MD. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.. p. 21-48.
11. Rattner, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. *Interface –Comunic., Saúde, Educ.* 2009;13(Supl I):759-68.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 8 jun 2000; Seção 1:4-6.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279. Estabelece as Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 31 dez 2010.
14. Figueiredo VON, Lansky S. Fóruns Perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e Nascimento.* 2014. 4:77-108.

15. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev. Saúde Públ.* 1988;22(1):57-63.
16. Costa A. Apoio institucional na Rede Cegonha: aposta nos espaços coletivos para sua implementação [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2014.
17. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005;9(17):287-301.
18. Barbosa RHS. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 323-50.
19. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009;14(4):1073-83.
20. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2013;17(44).
21. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(5):1342-53.
22. Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ: Hucitec: Abrasco; 2004. p.75-90.
23. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p.39-64.
24. Pinheiro, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 65-112.
25. Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.
26. Bobbio, N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de política. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.
27. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009;14(4):1073-83.

28. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4):997-1006.
29. Ávila M B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(Supl 2):S465-S469.
30. Ávila MB. Feminismo e sujeito político. *Revista Proposta*. 2005.
31. Correa S. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. *Horizontes Antropológicos*. 2006;12(26):101-21.
32. Correa S. Autonomia reprodutiva como questão de democracia [internet]. SPW; 2016 [acesso em 9 mar 2017]. Disponível em: <http://sxpolitics.org/ptbr/autonomia-reprodutiva-como-questao-da-democracia/6155>
33. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. v. 1.
34. Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo. *Physis*. 2011;21(3):1139-59.
35. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2009;13(Supl 1):595-602.
36. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(3):627-37.
37. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização* [internet]. Brasília; 2013 [acesso em 22 fev 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
38. Adrião KG; Toneli, MJF; Maluf, SW. O movimento feminista brasileiro na virada do século XX: reflexões sobre sujeitos políticos na interface com as noções de democracia e autonomia. *Estudos Feministas*. 2011:661-81.
39. Adrião KG, Toneli MJF. Por uma política de acesso aos direitos das mulheres: sujeitos feministas em disputa no contexto Brasileiro. *Psicol. Soc*. 2009;20(3).
40. Ávila MB. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Estudos Feministas*. 1993;1(2):382.
41. Costa AAA. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. *Revista Gênero*. 2013;5(2).
42. Velho G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar; 2004. Observando o familiar; p. 123-32.

43. Queiroz N. Virando as páginas do silêncio. In: Mulheres vivas! Ações do Fórum de Mulheres de Pernambuco no enfrentamento à violência contra a mulher [internet]. Recife: Fórum de Mulheres de Pernambuco; 2009 [acesso em 9 mar 2017]. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/arquivos/mulheresvivas.pdf>
44. Portella AP. Violência contra as mulheres? Conhecer para transformar, pesquisar para mobilizar. In: Mulheres vivas! Ações do Fórum de Mulheres de Pernambuco no enfrentamento à violência contra a mulher [internet]. Recife: Fórum de Mulheres de Pernambuco; 2009 [acesso em 9 mar 2017]. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/arquivos/mulheresvivas.pdf>
45. Veloso A. Mídia advocacy: uma estratégia política de comunicação feminista. In: Mulheres vivas! Ações do Fórum de Mulheres de Pernambuco no enfrentamento à violência contra a mulher [internet]. Recife: Fórum de Mulheres de Pernambuco; 2009 [acesso em 9 mar 2017]. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/arquivos/mulheresvivas.pdf>
46. Ramos M. O Fórum de Mulheres nos espaços de controle social: reflexões sobre uma prática. In: Mulheres vivas! Ações do Fórum de Mulheres de Pernambuco no enfrentamento à violência contra a mulher [internet]. Recife: Fórum de Mulheres de Pernambuco; 2009 [acesso em 9 mar 2017]. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/arquivos/mulheresvivas.pdf>
47. Bosch A. Em busca dos direitos nas tortuosas trilhas da justiça [2004 a 2009]. In: Mulheres vivas! Ações do Fórum de Mulheres de Pernambuco no enfrentamento à violência contra a mulher [internet]. Recife: Fórum de Mulheres de Pernambuco; 2009 [acesso em 9 mar 2017]. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/arquivos/mulheresvivas.pdf>
48. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(4):1065-76.
49. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
50. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.
51. Carvalho VD, Borges L.O, Rêgo DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicol., Ciênc., Prof.* 2010;30(1):146-61.
52. Moreira MCN, Bastos OM, Niskier R, Bastos LC, Souza WS, Soares AHR. Violência contra crianças e adolescentes com deficiência: narrativas com conselheiros tutelares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(9):3869-77.
53. Foucault, Michel. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Forense Universitária, 2006.

54. Montecinos V et al. Feministas e tecnocratas na democratização da América Latina. *Estudos Feministas*. 2003:351-80.
55. Salvaro GIJ, de Souza Lago MC, Wolff, CS. Limites e possibilidades da militância política em um movimento social rural de mulheres. *Estudos Feministas*. 2014:51-70.
56. Ravazi S. Women in contemporary democratization. In: Montecinos V et al. *Feministas e tecnocratas na democratização da América Latina*. *Estudos Feministas*. 2003:351-80.
57. Victora CG, Aquino EML, Leal MMC, Monteiro CA, Barros F, Szwarwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil*. *Lancet* [internet]. 2011;2:32-46 [acesso em 20 jul 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf
58. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(6):446–55.
59. Fleury S, Teixeira SMF. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2011.
60. Lima D et al. Regionalização e acesso à saúde nos Estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2881-92.
61. Lima D et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(7):1903-14.
62. Louvison M. Como regular práticas sem base em evidências e potencialmente danosas. In: *Superando a “vagina-escola”: inovações científicas e éticas no ensino de saúde das mulheres no século XXI* [vídeo-aula iniciada em 122 min. e 57 seg.]. São Paulo: Grupo de estudos de gênero e evidências, maternidade e saúde – GEMAS; 1 jun 2015 [acesso em 3 dez 2016]. Disponível em: <http://iptv.usp.br/portal/transmission/iflalac%20M%20s%20informaci%20n:%20http://blogs.ifla.org/lac/video.action;jsessionid=AD75127C235D7A76FC94A8BD5A4F6660?idItem=28224>
63. Martins AC, Barros GM. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras [internet]. *Rev. dor*. 2016;17(3):[about 5 p.] [cited 2016 Feb 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300215&script=sci_arttext&tlng=pt
64. Ministério da Saúde (BR). *Violência intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço*. *Cadernos de Atenção Básica*. 2 ed. Brasília; 2003. n. 8, p. 28.
65. D'orsi, E et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Suppl.1):S154-S168.

66. Leal M do C et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Supl 1).
67. Lansky S et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. 2014:S192-S207.
68. Tesser CD et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-12.
69. Diniz SG et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth*. 2015;25(3):377-84.
70. Rodrigues DP. Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2014.
71. Rodrigues, DP et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo da obstetrícia. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.
72. De Vasconcelos, MFF; Félix J. Que esse canto torto feito faça corte a carne de vocês: maledicências e desaprendizagens de gênero e sexualidade no terreno da saúde pública. *Textura-Ulbra*. 2015;17(33).
73. Meyer, DE. Gênero e educação: teoria e política. *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes. 2003. v. 1, p. 9-27.
74. Brito MNC. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. *Estudos Feministas*. 2011;9(1):291.
75. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [internet]. *Gaceta Oficial* 38.647. 17 sept 2007 [acesso em 17 jun 2015]. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/3dbeb57d7.pdf>
76. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo:SESC-SP; 2013.
77. Agência Nacional de Vigilância Nacional – Anvisa. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade (Série – Tecnologia em Serviços de Saúde). Brasília: Anvisa; 2014.
78. Diniz CSG. Por que uma aula sobre a vagina-escola. In: Superando a “vagina-escola”: inovações científicas e éticas no ensino de saúde das mulheres no século XXI. [vídeo-aula, iniciada em 1 min. e 30 seg.]. São Paulo: Grupo de estudos de gênero e evidências, maternidade e saúde – GEMAS; 1 jun 2015 [acesso em 3 dez 2016]. Disponível em: <http://iptv.usp.br/portal/transmission/iflalac%20M%20s%20informaci%20n:%20http://blogs.ifla.org/lac/video.action;jsessionid=AD75127C235D7A76FC94A8BD5A4F6660?idItem=28224>

79. Scalco SV, De Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(3):603-14.
80. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*. 2008;18):685-704.
81. Pierantoni CR, Varella TC, França TA. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. 2004;2:51-70.
82. Ceccin RB, Armani TB; Rocha, CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002;7(2):373-83.
83. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
84. Ceccin RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
85. Aguiar, JM de, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(11):2287-2296.
86. Ratts Alex. As amefricanas: mulheres negras e feminismo na trajetória de Lélia Gonzalez. *Fazendo Gênero*. 2010;9.
87. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.
88. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos feministas*. 2002;10(2):483-92.
89. FERLA AA. Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
90. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde colet*. 2009;14(3);743-52.



APÊNDICES

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTAS NARRATIVAS (BASEADO NA RESOLUÇÃO CNS 466/12)

Você está convidado a participar de uma entrevista para a pesquisa: **a vocalização dos direitos das mulheres tendo como base as narrativas de Mulheres com a experiência do Fórum Perinatal.**

Seu objetivo é *compreender o alcance do que se discute no Fórum Perinatal relacionado ao tema da vocalização de direitos das mulheres, e as mudanças em formas de pensar e agir no que se refere a saúde da mulher, pensando parto e nascimento. Nós gostaríamos que nos contasse como aconteceu sua entrada no Fórum Perinatal e como percebe o tema dos direitos das mulheres e as ações que possibilitem ou tenham possibilitado a garantia, busca e reconhecimento dos mesmos nas instituições e na vida pública. Assim como, saber sua opinião sobre os acontecimentos que ocorreram nesse período e outros aspectos que você julgue importante destacar. Se puder, cite uma situação que considera de destaque que foi mobilizada pelo Fórum Perinatal.*

A entrevista narrativa não tem por objetivo expor você ou a instituição que você representa. A entrevista será gravada apenas em áudio e o conteúdo deste será transcrito e depois analisado sem sua identificação. Faremos observações que vão ser registradas em um diário de campo que depois ajudará nos dados da pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária. Esse material ficará sob a guarda dos pesquisadores coordenadores durante 5 anos e depois será inutilizado.

Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa.

Previsão de riscos ou desconfortos: Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para se retirar da entrevista a qualquer momento, inclusive ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi falado. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da Entrevista, assim como a qualquer momento durante a discussão.

Custos para a participação na pesquisa: você não terá qualquer custo para participar deste estudo, nem está prevista nenhuma forma de remuneração para estas ações.

Indenização: é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato: você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Martha Cristina Nunes Moreira

Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz

Av. Rui Barbosa 716 / 5º andar/Saúde e Brincar-Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada. Flamengo. CEP 22250-020 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 25541829 Ramal: 5420 Fax: (21) 5984712

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFF.

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Rui Barbosa, 716 – Sala 1 do prédio da Genética - Flamengo, Rio de Janeiro, RJ

CEP 22250-020 | (21) 2554-1700 (ramal 1730)

Fax: (21) 2554-8491 | cepiff@iff.fiocruz.br

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o(a) pesquisador(a).

Por favor, rubrique todas as páginas desse termo. O(a) pesquisador(a) responsável também deverá rubricar todas as páginas. Caso concorde em participar, por favor, assine abaixo.

Aprovação do Sujeito da pesquisa:

Eu, _____ declaro ter ciência dos propósitos da pesquisa e concordo espontaneamente em participar desse estudo.

Assinatura:

Data: ___ / ___ / _____ Contato telefônico: (____) _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome:

Assinatura:

Rubrica entrevistado

Rubrica pesquisador

2. ORIENTAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA NARRATIVA

A narrativa está sendo entendida como uma forma na qual a experiência é representada e recontada, sendo os eventos apresentados em uma ordem significativa e coerente, possibilitando ao narrador perceber uma articulação entre presente, passado o futuro (Gomes & Mendonça, 2002).

Na narrativa, entendida como entrevista não estruturada, de profundidade, o esquema de narração substitui o esquema pergunta-resposta que define a maioria das situações de entrevista. O informante utiliza a própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos, e o entrevistador deverá evitar impor qualquer forma de linguagem não empregada pelo informante durante a entrevista. Para que isso seja assegurado, serão adotados princípios para ativar o esquema da história; provocar narrações dos informantes e, uma vez começada a narrativa, conservar a narração andando através da mobilização do esquema autogerador (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Com base em Jovchelovitch e Bauer (2002) serão realizadas as seguintes fases da entrevista-narrativa:

- Após ter explicado o contexto da investigação em termos amplos ao informante; ter pedido permissão para gravar e ter autorização e realizado uma breve explicação do procedimento da entrevista, será formulado o seguinte tópico inicial:

Nós gostaríamos que nos contasse como aconteceu sua entrada no Fórum Perinatal e como percebe o tema dos direitos das mulheres e as ações que possibilitem ou tenham possibilitado a garantia, busca e reconhecimento dos mesmos nas instituições e na vida pública.

Assim como, saber sua opinião sobre os acontecimentos que ocorreram nesse período e outros aspectos que você julgue importante destacar. Se puder, cite uma situação que considera de destaque que foi mobilizada pelo Fórum Perinatal.

- Iniciada a narração, esta não deverá ser interrompida até que haja uma clara indicação (coda), significando que o entrevistado se detém e dá sinais de que a história terminou. Quando o informante indicar o coda no final da história, poderá ser perguntado se há mais alguma coisa que ele gostaria de dizer.

- Quando a narração chegar a um fim “natural”, surge a fase de questionamento. As perguntas formuladas com base no interesse da pesquisa – questões exmanentes – deverão ser traduzidas em questões imanentes – temas, tópicos e relatos de acontecimentos que surgiram durante a narração - com o emprego da linguagem do informante, buscando completar as lacunas da história. Essas perguntas devem focalizar principalmente: formas organizativas, pessoas/grupos envolvidos, processos decisórios, fatores/aspectos que facilitaram ou dificultaram a implantação de futuros projetos de mudanças na gestão da clínica.

- No final da entrevista, com o gravador desligado, poderão acontecer discussões interessantes na forma de comentários informais que poderão ser importantes para a interpretação da narração no seu contexto. No sentido de não perder esta informação, poderá ser utilizado o recurso do diário de campo. Sugere-se que as anotações em diário de campo sejam realizadas logo após o encontro ter sido encerrado.

Referências:

Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, (Orgs). Caminhos do Pensamento. Epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p.109 – 32.

Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, (Orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2002. p. 90 - 113.

3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTAS NARRATIVAS VIA SKYPE (BASEADO NA RESOLUÇÃO CNS 466/12)

Você está convidado a participar de uma entrevista para a pesquisa: **a vocalização dos direitos das mulheres tendo como base as narrativas de atores com a experiência do Fórum Perinatal.**

Seu objetivo é *compreender o alcance do que se discute no Fórum Perinatal relacionado ao tema da vocalização de direitos das mulheres, e as mudanças em formas de pensar e agir no que se refere a saúde da mulher, pensando parto e nascimento aqui no Estado. Nós gostaríamos que nos contasse como aconteceu sua entrada no Fórum Perinatal e como percebe o tema dos direitos das mulheres e as ações que possibilitem ou tenham possibilitado a garantia, busca e reconhecimento dos mesmos nas instituições e na vida pública. Assim como, saber sua opinião sobre os acontecimentos que ocorreram nesse período e outros aspectos que você julgue importante destacar. Se puder, cite uma situação que considera de destaque que foi mobilizada pelo Fórum Perinatal.*

Por morar em uma cidade distante do pesquisador, a sua entrevista será obtida através da ferramenta de internet Skype, ou seja, um encontro virtual realizado pela internet, que permite o compartilhamento de voz e vídeo, para que possamos estabelecer um contato mais próximo e descontraído.

Este espaço virtual será utilizado exclusivamente para a realização da sua entrevista.

Para participar, você necessitará estar em um local com acesso à Internet Banda Larga (pode ser na sua própria casa) ou utilizar o aplicativo Skype em seu aparelho de celular, no dia e horário combinados com o pesquisador, e seguir os seguintes passos: a) acessar o site Skype a partir de sua senha; b) caso você não tenha cadastro no Skype, será

preciso se cadastrar inicialmente para acessar o site por meio de uma senha; c) adicionar o login do pesquisador em seus contatos; d) aceitar o convite pelo pesquisador de conversa via Skype. Participarão desse espaço virtual apenas você e o pesquisador.

Após o término da entrevista, o pesquisador agradecerá a sua participação e finalizará a conexão por Skype. Para ter acesso a gravação da entrevista, o pesquisador manterá um gravador ligado durante a entrevista. A transcrição da entrevista poderá lhe ser enviada posteriormente, tão logo a transcrição esteja concluída pelo pesquisador.

A entrevista narrativa não tem por objetivo expor você ou a instituição que você representa. A entrevista será gravada apenas em áudio e o conteúdo deste será transcrito e depois analisado sem sua identificação. Faremos observações que vão ser registradas em um diário de campo que depois ajudará nos dados da pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária. Esse material ficará sob a guarda dos pesquisadores coordenadores durante 5 anos e depois será inutilizado.

Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa.

Previsão de riscos ou desconfortos: Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para se retirar da entrevista a qualquer momento, inclusive ouvir as gravações e solicitar que seja apagado o que foi falado. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da Entrevista, assim como a qualquer momento durante a discussão.

Quanto aos riscos do uso da Internet/Skype para a realização da entrevista, o espaço virtual utilizado nesta pesquisa é considerado seguro e protegido de invasões ou interceptações de pessoas intrusas, de acordo com as normas do administrador,

Microsoft, de utilização da senha de acesso. É importante reforçar que a sua imagem não será acessada nem utilizada pelo pesquisador.

Custos para a participação na pesquisa: você não terá qualquer custo para participar deste estudo, nem está prevista nenhuma forma de remuneração para estas ações.

Indenização: é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato: você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Martha Cristina Nunes Moreira

Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz

Av. Rui Barbosa 716 / 5º andar/Saúde e Brincar-Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada. Flamengo. CEP 22250-020 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 25541829 Ramal: 5420 Fax: (21) 5984712

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFF.

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Rui Barbosa, 716 – Sala 1 do prédio da Genética - Flamengo, Rio de Janeiro, RJ

CEP 22250-020 | (21) 2554-1700 (ramal 1730)

Fax: (21) 2554-8491 | cepiff@iff.fiocruz.br

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o(a) pesquisador(a). Por favor, rubrique todas as páginas desse termo. O(a) pesquisador(a) responsável também deverá rubricar todas as páginas. Caso concorde em participar, por favor, assine abaixo.

Aprovação do Sujeito da pesquisa:

Eu, _____

declaro ter ciência dos propósitos da pesquisa e concordo espontaneamente em

participar desse estudo e autorizo a gravação da entrevista através do dispositivo de Skype.

Assinatura:

Data: ___ / ___ / _____

Contato telefônico: (____)

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome:

Assinatura:

4. ORIENTAÇÕES PARA CONSENTIMENTO E REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA POR SKYPE (CARTA AO CEP)

Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2016.

CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – IFF/FIOCRUZ

Projeto: “A Vocalização dos Direitos das Mulheres e o modelo de Atenção ao Parto e Nascimento”

CAAE: 566982916.6.0000.5269

ASSUNTO: **Inclusão de recurso metodológico para coleta de dado de pesquisa via Skype.**

CARTA - ADENDO

Tendo iniciado o trabalho de campo do projeto supracitado, informamos que manifestaram interesse em participar da pesquisa ou foram indicadas por outros participantes, pessoas residentes fora do estado de residência da pesquisadora.

Considerando a limitação orçamentária do Programa de Pós-graduação do IFF para liberação de recursos para viagens, solicitamos ao colegiado do CEP/IFF uma autorização especial para realização de entrevistas através de Skype, como forma de assegurarmos a participação desses interessados que se localizam distantes geograficamente. Para tanto, esclarecemos:

1- Dos procedimentos para realização da entrevista por Skype:

Deve-se observar os seguintes procedimentos básicos:

- a) Pesquisador e participante devem acessar o site Skype, para tal deve estar em um local com acesso à Internet Banda Larga (pode ser na sua própria casa) ou utilizar o aplicativo Skype em seu aparelho de celular, no dia e horário combinados com o pesquisador;
- b) Adicionar o login do pesquisador em seus contatos;

- c) Aceitar o convite pelo pesquisador de conversa via Skype. Participarão desse espaço virtual apenas você e o pesquisador.
- d) Terminada a entrevista, o pesquisador agradecerá a sua participação e finalizará a conexão por Skype. Para ter acesso a gravação da entrevista, o pesquisador manterá um gravador ligado durante a entrevista.

2- Dos aspectos éticos

Para que o uso desse dispositivo ocorra em conformidade com o que estabelece a Resolução 466/12, especialmente no que se refere à exigência do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao requisito da privacidade dos participantes constante neste Termo, propomos:

- a) Submeter e solicitar ao CEP/IFF a aprovação de novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo ajustes ao texto que explicitem este formato diferenciado de realização do procedimento de pesquisa, bem como os aspectos éticos envolvidos.
- b) Enviar por e-mail, aos interessados em participar da pesquisa, localizados em outras cidades, uma versão digital do TCLE, assinada e rubricada pelo pesquisador principal, para que possam ter uma via deste documento.
- c) A pessoa interessada poderá solicitar esclarecimentos por escrito ao pesquisador acerca de suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.
- d) Tendo sido respondidas todas as suas questões e sentindo-se o interessado suficientemente esclarecido acerca de sua participação, este deverá retornar ao pesquisador, uma cópia digitalizada do TCLE, contendo seus dados de identificação, rubricas e assinatura da declaração de autorização para participação na pesquisa.

- e) O dia e horário da entrevista por Skype deverá ser informado pelo pesquisador ao participante, com antecedência, assim como deverão ser fornecidas todas as instruções para acesso e uso do dispositivo.
- f) No dia da entrevista por Skype, o pesquisador deverá ler o TCLE para o participante e responder a todas as suas dúvidas. Após refletir e, somente quando se sentir suficientemente esclarecido quanto aos objetivos, procedimento, riscos e benefícios da pesquisa, o participante autorizará verbalmente a sua participação na pesquisa e se comprometerá a devolver ao pesquisador responsável, uma cópia rubricada, assinada e escaneada do TCLE, a ser enviada por e-mail.
- g) Somente após o recebimento do documento assinado pelo participante, o pesquisador poderá fazer uso deste material para fins de pesquisa.

Encaminhamos, então, a este egrégio colegiado, um TCLE exclusivo, para uso específico daquelas pessoas que serão entrevistadas através do Skype. Ressaltamos que, neste TCLE específico, as alterações no texto seguem em vermelho, com a solicitação de que a entrevista seja realizada através de plataforma digital, com gravação de áudio, para posterior transcrição. Será assegurado o não uso da imagem e a eliminação da gravação logo após ser transcrito o conteúdo da entrevista.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Luiza Acioli

Pesquisadora

2. QUADRO 2. CARACTERIZAÇÃO DOS FÓRUMS PERINATAIS (FP) DA REGIÃO NORTE BRASILEIRA.

ESTADOS	COMPOSIÇÃO DO FÓRUM	PARTICIPAÇÃO DOS INTEGRANTES	RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO FP/PERIODICIDADE DAS REUNIÕES	Estratégia(s) para o convite e para a manutenção da participação	TEMAS PRINCIPAIS
1	Ampla participação da SES; Ministério Público (MP); Movimento de Mulheres, conselhos de classe	Participativo, mas sem contribuições/proposições; Centralizador e Polemizador. Pouca ênfase na participação do Movimento de mulheres e do parto e nascimento	Saúde da Mulher, Saúde da Criança – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP	Pauta: geral e específica (Testes Rápidos e gestantes adolescentes acompanhadas pelo MP)
2	Ampla participação da SES e SMS; MP; ampla participação dos conselhos de classe, Universidade Federal, cooperativas de médicos. Sem participação de movimento social	Participação heterogênea: atuantes e com contribuições; outros participativos, mas sem contribuições/proposições. Sem participação de movimento social	Saúde da Mulher, Saúde da Criança – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail, apoiador de maternidades e demais espaços da rede Materna e Infantil	Pauta: específica (Cursos, Contratos cooperativas, regulação, CMM, ACR e Vinculação)
3	Participação da SES e SMS; MP; conselhos de classe, Maternidades, atuação intermitente do MOV SOCIAL	Participação incipiente dos Movimentos de Mulheres e dos movimentos sociais e conselhos de Saúde. MP atuante.	Saúde da Mulher, Saúde da Criança – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP com debate dos encaminhamentos nas reuniões dos FP	Pauta: específica (Violência Obstétrica; Qualidade do Pré-natal; Regulação da gestante e NEO)
4	Participação das áreas técnicas da SES; participação dos conselhos de classe. MOV SOCIAL com participação tímida, sem MP	Participações com baixa capacidade de proposições.	Saúde da Mulher, Saúde da Criança – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Avaliação dos encaminhamentos anteriores é feito na reunião seguinte	Pauta: específica (pré-natal, assistência ao RN prematuro, Doulas)

3. QUADRO 3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS FÓRUMS PERINATAIS DA REGIÃO NORDESTE BRASILEIRA (NORDESTE

1).

ESTADOS	COMPOSIÇÃO DO FÓRUM	PARTICIPAÇÃO DOS INTEGRANTES	RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO FP/PERIODICIDADE DAS REUNIÕES	Estratégia(s) para o convite e para a manutenção da participação	TEMAS PRINCIPAIS
5	Ampla participação da SES; COSEMS; MP; Movimento de Humanização do parto, conselhos de classe, Universidade Federal	Pouca assiduidade. Participação ativa das maternidades. Sem atuação ampla. Pouca ênfase a participação do Movimento de Humanização do parto e do MP.	Coordenação RC – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP	Pauta: específica (ACR, Colegiado de maternidades e Vinculação)
6	Ampla participação da SES e SMS, dos conselhos de classe, Maternidades. MP atuante Movimento Social (MOV SOC) com participação em construção (REDE Feminista e CMM e CMI)	Participação heterogênea a depender da pauta: SES coordenação ativa, áreas técnicas tímidas; CMM ativo MP ativo MOV SOC nem sempre presente	Diretoria de gestão da rede própria e Diretoria de gestão de ciclo de vida – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP	Pauta: específica (Análise das causas de óbitos maternos, pré-natal de AR e mapa de Vinculação)
7	Participação da SES e SMS focada na SM e SC; MP; ampla participação dos conselhos de classe e dos trabalhadores das maternidades, CES, Maternidades e Universidades. Movimento Social atuante Sem MP	A participação dos gestores e trabalhadores dos hospitais, das universidades e movimentos sociais é atuante e com contribuições. Os participantes do nível central da SES levantam temas, analisam situações, mas não apresentam muitas propostas. Sem MP. MOV SOC atuante	Saúde da Mulher, Saúde da Criança – coordenação pelo conhecimento técnico e com acompanhamento da macrogestão/superintendente da SE/SES)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail, com estratégias nas reuniões do FP de balanço da RC. Apresentação dos dados epidemiológicos (vigilância) e os recursos financeiros investidos por região de saúde.	Pauta: geral e específica (ACR, Enfermagem Obstétrica, RMM, RMN, CPN, Regulação)
8	Participação da SES restrita a área técnica da SF (SM e SC); ampla participação dos conselhos de classe e maternidades. MOV SOC. e MP intermitentes.	Atuante e com contribuições. Destacada a falta da presença dos técnicos da SES que raramente participavam das reuniões do fórum e quando se fazia presente tinha uma participação de escuta e pouca intervenção. MOV SOC e MP intermitentes.	Diretoria de Saúde da Família – coordenação pelo cargo de gestão, participação incipiente das áreas técnicas e de gestão externa à coordenação. Baixa capilaridade na SES.	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP e divulgação site COSEMS, COREN e SES.	Pauta: específica (Fluxo da gestante de AR, Transporte dos RN de risco e Vinculação)
9	Participação das áreas técnicas da SES e SMS; COSEMS; maternidades, MP, MOV sociais, conselhos de classe.	Atuação pouco coletiva e propositiva	Saúde da Mulher – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Membros do FP responsáveis na divulgação.	Pauta: específica (Rota materna, regulação, PNAISC, contratualização das maternidades, movimento do parto ativo)

4. QUADRO 3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS FÓRUNS PERINATAIS DA REGIÃO NORDESTE BRASILEIRA (NORDESTE

2).

ESTADOS	COMPOSIÇÃO DO FÓRUM	PARTICIPAÇÃO DOS INTEGRANTES	RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO FP/PERIODICIDADE DAS REUNIÕES	Estratégia(s) para o convite e para a manutenção da participação	TEMAS PRINCIPAIS
10	Participação da SES focada na Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Regulação e Vigilância, a depender da pauta e SMS com participação da SMS, SC, AB; Maternidades, Universidades, Saúde Indígena. Sem MOV SOCIAL e sem MP.	Atuante e com contribuições/proposições: SES e SMS de Campina Grande e João Pessoa, Patos e Cajazeiras. Outros municípios e Universidades: Participativo, mas sem contribuições/proposições Maternidades Instituto Candida Vargas e ISEA: Participativo	Saúde da Mulher – Coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão) Reuniões ANUAIS	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail e nas reuniões do FP	Pauta: geral e específica (Visita prévia às maternidades; Implantação de indicadores de boas práticas nas maternidades; Monitoramento das obras Rede Cegonha e Qualificação do pré-natal)
11	Participação da SES focada na SM, SC, Regulação e Vigilância, a depender das pautas outras áreas são convidadas. SMS com participação da SMS, SC, AB; Maternidades, Universidades, Saúde Indígena; MP atuante, conselhos de classe. MOV SOCIAL e MP atuantes	Participação atuante e com contribuições/proposições e Polemizador: Movimento de Mulheres. Participação atuante e com contribuições/proposições: SES e MP Atuação participativa, mas sem contribuições/proposições da SMS Presença tímida das Universidades. Atuação participativa das maternidades. E atuação participativa, mas sem contribuições/proposições dos conselhos de classe.	Saúde da Mulher – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por meio das reuniões do GCE e por zap entre todos os participantes do FP.	Pauta: específica (visita prévia às maternidades, Implantação de doulas, fortalecimento da atuação das enfermeiras obstetras e boas práticas)
12	Participação da SES centrada na superintendência de atenção, com foco na SM e SC. Presença de instituições de ensino, conselhos de classe, MP e OAB. SEM MOV SOCIAL e participação incipiente do MP	Participação atuante e com contribuições/proposições e centralizador da SES e SMS. Participação polemizadora do COSEMS. Presença tímida do MP Atuação participativo, mas sem proposições pelas Universidades.	Superintendência - coordenação pelo cargo de gestão, participação tímida das áreas técnicas.	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP com debate dos encaminhamentos nas reuniões dos FP	Pauta: específica (A&CR Lei do acompanhante Implantação das boas práticas para as três regiões com PAR aprovado)
13	Participação da SES restrita a área técnica da SF (SM e SC); ampla participação dos conselhos de classe. MOV SOC presente; sem MP.	Atuante e com contribuições, Porém há morosidade nas respostas pela gestão.	Saúde da Mulher e CMM – coordenação pelo conhecimento técnico (sem participação da macrogestão)	Circulação de informações e encaminhamentos por e-mail entre todos os participantes do FP com debate dos encaminhamentos nas reuniões dos FP	Pauta: específica (direito ao acompanhante; Fluxo assistencial e gestão do cuidado)

5. QUADRO 4.1. INFORMAÇÕES DOS REGISTROS DAS REUNIÕES DOS FÓRUMS PERINATAL – PERÍODO DE MARÇO DE 2014 A JULHO DE 2016 (REUNIÕES IX E X).

Nº e data	Participantes (Nº total e representantes)	Temas Principais	Encaminhamentos
IX Data: Março de 2014	Sem lista de presença	Informes: Portaria IHAC; Guia técnico Teste Rápido de Gravidez na AB; Nota Técnica SISPRENATALWEB e e-SUS; Eventos: oficina MS pré-natal do parceiro; Seminário Saúde da Mulher; Fóruns Perinatais Regionais; Congresso Saúde Feminina, Palestra sobre aborto); Informes Gerais: concurso público, mudança na direção do CISAM), vacinas gestantes e RN normalizadas; reunião da CIR.	Instituição do colegiado de maternidades de AR (atualização do protocolo de encaminhamentos obstétricos segundo riscos, matriciamento da AB pelas maternidades de AR). Reuniões para repactuação das referências de risco habitual para Vitória de santo Antão. Apoio às maternidades: realizado seminário no HC. Calendário para reuniões dos fóruns perinatais municipais.
X Data: Junho de 2014	Sem lista de presença	Análise do fluxo dos nascimentos de acordo com as pactuações realizadas pelos gestores dos locais de nascimento – NV por hospital de acordo com o local de residência e principais desafios (visitas das gestantes às maternidades de referência ao parto de risco habitual; pouca valorização das referências pactuadas por parte dos profissionais da AB; descrédito da população em relação à maternidade de referência; pouca garantia do leito disponível no momento do parto. Baixa produção de partos pelas maternidades de referência para risco habitual; dificuldades de contratação de médicos para manter os plantões abertos; supervalorização dos salários dos médicos na rede)	Realizar oficinas in loco envolvendo o gestor, profissionais da atenção primária, canto mãe coruja e maternidade de referência dos municípios com maiores dificuldades: Araçoiaba, Igarassu, entre outros. Rediscutir no Colegiado dos Secretários Municipais a pactuação das referências de risco habitual e de alto risco. Fechamento da maternidade Santa Terezinha em Moreno. Apoio as maternidades que estão implantadas as boas práticas. Visita ao IMIP para conhecer o colegiado multiprofissional. Cadastro das Enfermeiras Obstetras. Colegiado das Maternidades de AR . Fóruns Municipais data a ser definida com o GCR da I GERES. Reunião com a Micro da APAMI (serviço).

6. QUADRO 4.2. CONTINUAÇÃO INFORMAÇÕES DOS REGISTROS DAS REUNIÕES DOS FÓRUMS PERINATAL – PERÍODO DE MARÇO DE 2014 A JULHO DE 2016 (REUNIÕES XI A XIV).

Nº e data	Participantes (Nº total e representantes)	Temas Principais	Encaminhamentos
XI Data: Setembro de 2014	Sem lista de presença	Apresentação do Movimento Social dos resultados das visitas técnicas realizadas pelo movimento social do CEEMM-PE	SI
XII Data: Dezembro de 2014	Sem lista de presença	Objetivos da visita e apresentação do roteiro de visita aos municípios. (Grupo condutor) Apresentação dos municípios acerca de suas experiências dos trabalhos de grupo de apoio ao FP (reuniões técnicas entre o intervalo das reuniões do FP sobre temas específicos, a partir da análise dos pontos positivos e negativos da RC)	Debate em plenária: movimento social questiona ações realizadas em município. Apoiadora do MS ressalta a necessidade de atualização do PAR-RC. SMS de Olinda esclarece as ações de melhoria na maternidade de referência. SMS de Recife pontua necessidade de elaborar o COAP diante do não funcionamento do PDI e PPI. Destaca, ainda, a necessidade de reencantamento dos profissionais da AB para desenvolvimento de atividades que não necessitam de estrutura e outros recursos. Coordenação de DST/AIDS da SES esclarece como proceder para solicitar treinamento para realização de teste rápido de sífilis e HIV nas UBS.
XIII Data: Julho de 2015	Lista de presença com 103 participantes	SI	SI
XIV Data: Novembro de 2015	Sem lista de presença	Experiência exitosa pelo município de Recife (“Matriciamento do Pré-natal na Atenção Básica do Recife”) Delineando a proposta de matriciamento Microcefalia	Agendada reunião do GT para Construção da Carta Aberta pelos representantes do FP. Secretaria de Recife sugeriu como uma das pautas do próximo fórum a apresentação das experiências exitosas da Maternidade Bandeira Filho e Arnaldo Marques. Será pactuada na reunião do Colegiado.

7. QUADRO 4.3. CONTINUAÇÃO INFORMAÇÕES DOS REGISTROS DAS REUNIÕES DOS FÓRUNS PERINATAL – PERÍODO DE MARÇO DE 2014 A JULHO DE 2016 (REUNIÕES XV E XVI).

Nº e data	Participantes (Nº total e representantes)	Temas Principais	Encaminhamentos
XV Data: Abril de 2016	Lista de presença com 47 participantes	SI	SI
XVI Data: Julho de 2016	Sem lista de presença	<p>Apresentação da RC (pela apoiadora do MS), cursos realizados (Enfermagem Obstétrica e curso ALSO) Superlotação das maternidades Apresentação da atenção obstétrica realizada no hospital tricentenário (direção do hospital) Apresentação da rede materna e infantil na Região de Saúde. Debates: cesáreas, do empoderamento da mulher sobre os tipos de partos (vantagens e risco), fisiologia do seu corpo, e ser de decisão dela que tipo de procedimento deseja realizar. O pré-natal como a base para a mulher ter todo esse conhecimento, e que as equipes (médicas e enfermagem) devem caminhar juntas para garantir a qualidade no serviço prestado com humanização nos procedimentos; referência para gestante adolescente e com dependência de drogas.</p>	<p>Discussão sobre Planejamento Familiar; Assistência às usuárias de drogas (interface entre rede cegonha e saúde mental); Construção de Protocolos Assistenciais (Alto Risco / Risco Habitual); Experiência das rodas de conversas (hospital X) Capacitação para os profissionais e unidades de Risco Habitual (ALSO – MS).</p>