

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – HISTÓRIA: CULTURA E POLÍTICA
LINHA DE PESQUISA: HISTÓRIA POLÍTICA**

NAYARA AUGUSTO FELIZARDO

**GOVERNO DILMA ROUSSEFF EM QUESTÃO: O PROGRAMA REDE
CEGONHA SOB OLHAR DO FEMINISMO MATRICÊNTRICO (2011-
2016)**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**MARINGÁ
2025**

NAYARA AUGUSTO FELIZARDO

**GOVERNO DILMA ROUSSEFF EM QUESTÃO: O PROGRAMA REDE
CEGONHA SOB OLHAR DO FEMINISMO MATRICÊNTRICO (2011-
2016)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para obtenção título de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Roger Domenech Colacios

MARINGÁ

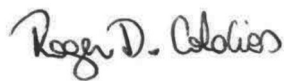
2025

NAYARA AUGUSTO FELIZARDO

**GOVERNO DILMA ROUSSEFF EM QUESTÃO: O PROGRAMA REDE CEGONHA SOB
OLHAR DO FEMINISMO MATRICÊNTRICO (2011 - 2016)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em História.

BANCA EXAMINADORA:



Prof.. Dr. Roger Domenech Colacios
Presidente/Orientador

gov.br

Documento assinado digitalmente
ISABELA CANDELORO CAMPOI
Data: 09/05/2025 17:58:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a. Dr.^a. Isabela Caneloro Campoi
Membra Convidada (UNESPAR)



Prof.^a. Dr.^a. Júlia Glaciela de Oliveira
Membra Convidada (UFABC)

Maringá
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

F316g

Felizardo, Nayara Augusto

Governo Dilma Rousseff em questão : o Programa Rede Cegonha sob olhar do feminismo matricêntrico (2011 - 2016) / Nayara Augusto Felizardo. -- Maringá, PR, 2025. 119 f. : il. color., figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Roger Domenech Colacios.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História, 2025.

1. Programa Rede Cegonha. 2. História Política. 3. Políticas públicas. 4. História do Tempo Presente. 5. Maternidade - Brasil - História. I. Colacios, Roger Domenech, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de História. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDD 23.ed. 981.65

Rosana de Souza Costa de Oliveira - 9/1366

Para todas as mães brasileiras
que como eu, foram vítimas da LAP
(Lei de Alienação Parental de nº 12.318/2010)
juntamente a todo o Coletivo Mães na Luta

AGRADECIMENTOS

Ré! Essa é a palavra que esteve por trás dos bastidores, ou, como utilizou Alfredo Bosi, estivera “abaixo do icerberg” nesses anos de mestrado em que concomitantemente com os estudos estive presente em cinco audiências judiciais e me tornei mais um número entre mães que defendem suas maternidades neste país. Por isso, antes de qualquer agradecimento, devo dizer que essa pesquisa foi um alento, me acompanhando nos dias mais difíceis que já vivi em minha vida, sobretudo por estar diante de uma violência pouco conhecida entre mulheres, denominada vicária.

Em 2020 fui processada pela Lei de Alienação Parental que tem como pena máxima a reversão de guarda dos filhos e como em todos os momentos difíceis em minha vida, procurei a terapia para me ajudar vencer esse momento. Porém, devido aos altos custos, pude fazer apenas algumas sessões, mas que foram suficientes para resgatar um sonho: retornar aos meus estudos em História.

Minha paixão por História Antiga vinda da época da graduação ficou de lado, tomando lugar a ideia de averiguar o quanto as mulheres sofreram historicamente pelo não tão simples ato de parir. Devido às demandas do trabalho e da minha maternidade, fiz várias disciplinas não regulares, aproveitando esse período para ler alguns clássicos como Michelle Perrot e Simone de Beauvoir, e claro, para montar o projeto e ver as áreas de pesquisas dos professores do Programa de Pós-Graduação em História da UEM.

Percebi que em ambas as linhas de pesquisas não haviam orientadores que estudavam especificamente História das Mulheres, pois minha ideia inicial era atuar na história da maternidade, incluindo a culpabilização sentida pelas mães, a função da maternidade na construção do patriarcado, o enfrentamento das opressões maternas, me deparando posteriormente com o feminismo matricêntrico, que me levou à linha de História Política, onde escolhi o orientador que aos meus olhos era o mais marxista, afinal, eu já havia entendido que a maternidade se tornou mais intensiva e visivelmente opressora as mães, sobretudo a partir do momento que o patriarcado encontrou-se financiado pelo capital neoliberal.

Então, nada mais justo iniciar meus agradecimentos pelo meu orientador: ser orientada do Professor Roger é me sentir como uma personagem da série *La Casa de Papel*. Vai além de saber que ele é capaz de fazer dobraduras de *tsuru* ao mesmo tempo que leciona ou da vontade coletiva de distribuir o capital da Casa da Moeda da Espanha, por meio dele, ganhei amigos que também são seus orientandos, como a Vanessa, Rhay, Pedro, que possuem pesquisas

diferenciadas e incríveis — e que quero levar para a vida — por ele também conheci a Profa. Dra. Julia Glaciela Oliveira, a quem agradeço pela honra de tê-la como banca dessa pesquisa.

Suas orientações foram precisas e suficientes para colocar meu cérebro em um jogo de xadrez que eu não jogava desde minha adolescência. E, como professora que sou há mais de dez anos, posso afirmar que os véus foram saindo dos meus olhos em cada dúvida suprida por ele, me remetendo ao nosso patrono Paulo Freire quando disse que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” Professor Roger também me apresentou o tempo histórico em que esta pesquisa se encontra: o Tempo Presente! Ao meu orientador agradeço a enorme paciência com todo meu processo de construção acadêmica, pois meu amadurecimento foi e é árduo e contínuo, inclui repetir algumas vezes a mesma explicação, com uma pitada de angústia e uma colher de ansiedade.

Deixo registrado minha gratidão e grande amor, a força motriz que impulsiona meus dias. Aquela quem me fez mãe: Obrigada Sophia, minha sabedoria! A ela escrevo: “Filha, sem você esse tema não existiria em minha vida. Sei que dividi meu tempo de maternagem com a escrita, mas lembre-se que é pelo nosso futuro. Espero ter sido um bom exemplo de resiliência nesses anos em que ouviu muito sobre o quanto o estudo é um grande caminho de transformações sociais e pessoais. Com amor, de sua mãe leoa.” É notório mencionar que durante o mestrado, Sophia lançou um livro de poesias, me fazendo a mãe mais cheia de orgulho dessa galáxia.

Ao falar da minha filha, é impossível não lembrar da minha família. Aprendi no decorrer dos estudos que ser mulher branca é um privilégio e mais do que isso, concluí que ter uma rede de apoio em minha maternagem desde que Sophia nasceu é uma regalia que se fez presente também durante o mestrado. Sem o afeto de todos conosco e o trabalho de cuidado em vários momentos com ela eu não seguiria os estudos, por isso registro minha enorme gratidão aos meus pais, Clarice e Denilson, meu irmão Vinicius, minha avó Madalena e minha tia Nair.

Nos anos em que estive ainda como aluna não regular, por meio do amigo e psicólogo Rodrigo Taddeu, conheci e tive a oportunidade de virar membra do GTPP da Unespar, campus de Paranavaí. Por isso registro minha imensa gratidão ao Grupo de Estudo Gênero, Trabalho e Políticas Públicas, especialmente as professoras Dras. Maria Inez Marques e Isabela Campoi — quem escolhi carinhosamente para ser uma das bancas dessa dissertação — ambas sempre estão de prontidão para ajudar todas e todos. É extraordinário o quanto esse grupo de pesquisa é acolhedor, respeitoso e afetuoso. A presença das professoras e líderes do grupo no lançamento

de meu primeiro livro no X CIH da UEM em 2023 ficará nos anais da minha vida, pois me senti amada como poucas vezes me senti em 35 anos de existência.

Deixo meu carinho aqueles quem dividi publicações em diversos periódicos e que participaram diretamente das reflexões de minha pesquisa: amiga Dra. Camila Clozato Lara, que fez a apresentação do meu livro compartilhando comigo a importância e urgência de uma educação feminista no Brasil, amigo e Ms. Felipe Chersoni, quem pude debater sobre a realidade das mães e mulheres negras brasileiras, além de levantarmos a possibilidade de existência de um feminismo matricêntrico estritamente negro no Brasil. Agradeço também ao amigo Ms. Cristiano Correia, que me ensinou muito sobre o papel do historiador diante da escrita acadêmica, principalmente em minhas primeiras publicações.

Foi muito especial trocar e-mails com as professoras Maria Collier de Mendonça e Andrea O'Reilly durante o último ano do mestrado. Ciente que foi a teórica de minha pesquisa, ela respondeu todos prontamente e cada elogio feito por Petra Bueskens no prefácio de seu livro fez sentido, pois percebi que Andrea realmente vive e acredita em um movimento feminista matricêntrico. Espero que meu trabalho contribua com sua perspectiva aqui no Brasil e registro minha gratidão e emoção em poder conversar com a autora que ancora este trabalho.

Por fim, agradeço à CAPES pela oportunidade da bolsa de estudos. Afinal, com ela pude me dedicar com mais tempo às duas coisas que mais amo: os estudos e minha maternidade.

Encerro parafraseando a personagem Maud do filme *Sufragistas* quando após longo período de tragédia pessoal o movimento feminista se tornou um conforto e uma verdade em sua vida:

“Sim, eu sou uma feminista matricêntrica!”

Com afeto, luta e esperança:

Nayara Augusto Felizardo

Uma mulher é atravessada pela misoginia.
Será certamente atravessada pelo racismo, se for preta ou parda.
Pode ser atravessada pela pobreza, como, de fato sofrem muitos indivíduos no país.
E, em qualquer desses casos pode ser atravessada pela maternidade patriarcal.

Profa. Dra. Camila Clozato Lara

RESUMO

Por meio de uma pesquisa bibliográfica e quantitativa, essa pesquisa possui o objetivo de analisar o Programa Rede Cegonha instaurado no governo da presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Sistema Único de Saúde, utilizando como olhar teórico o feminismo matricêntrico cunhado pela professora canadense Andrea O'Reilly (2016). Caracterizado como um feminismo específico para mulheres mães, ele defende que a categoria mãe é distinta das demais mulheres porque muitos problemas que elas enfrentam, sejam sociais, políticos, culturais, são específicos de suas identidades enquanto mães. Busca-se averiguar se o Programa Rede Cegonha contribuiu para a diminuição da maternidade patriarcal conceituada por O'Reilly (2021) como um conjunto de opressões históricas que as julgam como boas e más por considerar a maternidade normativa e essencial às mulheres. Para isso, é preciso entender o programa como uma política pública de assistencialismo que possuiu como objetivo principal a diminuição da mortalidade materno-infantil e por ser voltado para a saúde das mães como um programa em forma de rede, forneceu a elas atendimento integral da gestação, com pré-natal, parto, puerpério e posteriormente o acompanhamento dos filhos até os 24 meses de idade, se expandindo em palestras e orientações para a comunidade, contribuindo assim, aos olhos do feminismo matricêntrico, para o melhoramento da vida das mães contempladas pelo programa.

Palavras-chave: Programa Rede Cegonha; Política pública; Mães; Maternidade; Feminismo matricêntrico.

ABSTRACT

Through bibliographic and quantitative research, this study aims to analyze the Rede Cegonha (Stork Network) Program set up by President Dilma Rousseff's government (2011-2016) through Ordinance No. 1,459 of June 24, 2011 of the Unified Health System, using matricentric feminism coined by Canadian professor Andrea O'Reilly (2016) as a theoretical perspective. Characterized as a feminism specific to women who are mothers, it argues that the category of mother is distinct from other women because many of the problems they face, whether social, political or cultural, are specific to their identities as mothers. The aim is to find out whether the Programa Rede Cegonha has contributed to reducing patriarchal maternity, conceptualized by O'Reilly (2021) as a set of historical oppressions that judge women as good and bad because motherhood is considered normative and essential for women. In order to do this, it is necessary to understand the program as a public welfare policy whose main objective was to reduce maternal and child mortality. Since it focused on the health of mothers as a network program, it provided them with comprehensive care during pregnancy, with prenatal care, childbirth, puerperium and later the follow-up of their children up to 24 months of age, expanding into lectures and guidance for the community, thus contributing, in the eyes of matricentric feminism, to improving the lives of the mothers covered by the program.

Keywords: Rede Cegonha Program; Public policy; Mothers; Maternity; Matricentric feminism.

LISTA DE SIGLAS

BH - Belo Horizonte
CFM - Conselho Federal de Medicina
DOPS - Departamento de Ordem Política e Social
GM - Gabinete do Ministro
HTP - História do Tempo Presente
MS - Ministério da Saúde
OIT - Organização Internacional do Trabalho
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PIB - Produto Interno Bruto
PL - Projeto de Lei
PT - Partido dos Trabalhadores
PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PRP - Projeto Rede Cegonha
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RC - Rede Cegonha
RMM - Razão da Mortalidade Materna
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SIM - Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPM - Secretaria de Políticas para Mulheres
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	29
1. Historicidade do feminismo matricêntrico	29
1.1. Feminismo matricêntrico e interseccionalidade: uma contra-narrativa	48
CAPÍTULO 2	57
2. Conhecendo o Projeto Rede Cegonha	57
2.1 Mortalidade materna no Brasil e o PRC (2011 – 2016)	82
CAPÍTULO 3	94
3. O Projeto Rede Cegonha a luz do feminismo matricêntrico	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
FONTES E REFÊRENCIAS	107

INTRODUÇÃO

No dia 13 de março de 2012, a então presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) recebeu do Congresso Federal o prêmio Bertha Lutz, concedido todos os anos às mulheres que ampliam a participação feminina na sociedade. Em seu discurso, ela afirmou que a “igualdade de oportunidade e condição de gênero, raça e todos os tipos, devem ser obsessão no país” (Câmara dos Deputados, 2012, s/p). Ela citou também que os números da presença feminina em projetos em vigor, na qual, segundo ela, 93% dos cartões do Bolsa Família foram emitidos em nome de mulheres e 47% dos contratos da primeira fase do Programa Minha Casa, Minha Vida, foram assinados por elas (Câmara dos Deputados, 2012, s/p). Na ocasião, Marcos Maia — presidente da Câmara daquele ano — divulgou que até então existiam mais de 134 projetos em tramitação que tratavam da ampliação dos direitos das mulheres no país, além de citar a importância das constantes interpretações de melhorias da Lei Maria da Penha (Câmara dos Deputados, 2012, s/p).

O olhar de Dilma Rousseff para as mulheres, já se fazia presente anteriormente no período da campanha à presidência. Ao ser questionada se seguiria o modelo político de Lula, durante uma entrevista de 20 de julho de 2010 ao jornal *El País*, ela respondeu que continuaria e afirmou que foi o braço direito e esquerdo do presidente por ser ministra da Casa Civil em seu governo, estando na coordenação de seus principais projetos, porém, que em sua gestão governaria com o coração e a alma de uma mulher (Rousseff, Biblioteca da presidência, 2011, s/p). Completou dizendo que naquele momento, 52% da população eram mulheres e os 48% restantes eram seus filhos, logo, privilegiar as mulheres não seria uma política de gênero, mas sim uma política social, pois 30% das famílias brasileiras eram encabeçadas por mulheres (Rousseff, 2010, s/p).

Lula, por sua vez, na ocasião da assinatura de ordem de início de obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)¹, em 7 de março de 2008, no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro, nomeou Dilma como “Mãe do PAC”, pois de acordo com o presidente, ela é quem cuidaria e acompanharia o andamento do programa, junto a Marcos Pontes, ministro das cidades

¹ Lançado em 28 de janeiro de 2007, o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC - tem como objetivos acelerar o crescimento econômico, aumentar o emprego e melhorar as condições de vida da população brasileira e tem BNDE com o papel fundamental como agente financeiro dos projetos de investimento. Inicialmente previu investimentos totais de R\$ 503,9 bilhões até 2010, tendo sido relançado em 2023 com previsão de investimentos totais em R\$ 1,68 trilhão até 2026. Entre suas prioridades estão o investimento em infraestrutura, em áreas como saneamento, habitação, transporte, recursos híbridos e outros (Ministério das Relações Exteriores, 2024, s/p).

naquele ano (Kamel, 2009, p. 247). Em março do ano seguinte, em entrevista ao *Jornal Extra*, o presidente afirmou que ela seria a pessoa mais qualificada para continuar o governo, “por conhecer bem o Brasil, ser uma gerente extraordinária, com capacidade de gestão e conhecimento de economia, além de ter uma história política de respeito” (Kamel, 2009, p. 248).

Lula se referia ao ano de 1970, onde Dilma — por lutar pela derrubada da ditadura militar em favor da democracia — foi presa e torturada por 22 dias pela polícia de São Paulo, Rio de Janeiro (OBAN e DOPS) e nos porões em Juiz de Fora, Zona da Mata mineira. Conseguiu redução da pena junto ao Superior Tribunal Militar (STM), saindo no final de 1972, com seus direitos políticos caçados por dez anos (Memória da Ditadura, s/p).

Em 1980 ela foi uma das fundadoras do Partido Democrático Trabalhista (PDT), onde trabalhou como assessora estadual do partido até 1985. Um ano depois, assumiu o cargo de Secretária da Fazenda, a convite do então prefeito de Porto Alegre, Alceu Collares, que se tornou governador do RS em 1993, convidando-a para se tornar Secretária de Minas, Energia e Comunicação do Estado, órgão no qual ficou até 1994. Em 1998 continuou à frente da mesma secretaria com o governador Olivio Dutra.

Em 2001, Dilma escolheu se filiar ao PT e participou do momento de transição que antecedeu o primeiro mandato do presidente Lula. Foi convidada porque teve bom planejamento estratégico frente ao seu Estado durante a crise do apagão que afetou a energia elétrica em várias regiões brasileiras no segundo semestre de 2001. Na primeira gestão de Lula, ela se tornou Ministra de Minas e Energia de 2003 a 2005, período em que criou o Programa “Luz para Todos”, conhecido pela introdução do biodiesel na matriz energética do Brasil, fornecendo energia a milhões de municípios rurais de todas as regiões do país. Em 2005, se tornou a 40ª ministra da Casa Civil, liderando além do PAC, o Programa Minha Casa, Minha Vida.

Fazendo alusão ao termo “mãe do PAC” utilizado por ele anteriormente, em junho de 2010, o presidente Lula usou como discurso de apresentação de Dilma para dar continuidade de seu governo o jargão “mãe do povo brasileiro”. De acordo com Sodré (2006, p. 10), esta foi uma estratégia de linguagem que utiliza o afeto para sensibilizar a população. Dilma ganhou a eleição em outubro de 2010 com quase 56 milhões de votos, tendo Michel Temer, do PMDB como seu vice. Na disputa do segundo turno, derrotou José Serra — do PSDB — por aproximadamente 56% a 45% dos votos válidos.

“O início de um novo governo é o momento mais propício para mudanças na agenda” (Kingdon, 2003, p. 229). Mas, no caso de Dilma, nem tudo mudou. Em seu livro *O sentido do Lulismo*, o economista André Singer (2012, p. 13) assegurou que os primeiros anos de gestão da presidenta foram uma extensão do governo anterior de Lula.

Um exemplo de continuidade do governo foi a Secretaria de Políticas para as Mulheres criada por Lula em 2003, com a missão de desenvolver e coordenar políticas públicas que resultem na diminuição das desigualdades entre homens e mulheres por meio dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, formulados a partir das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres. No governo Dilma, esteve à frente da Secretaria a então deputada federal Iriny Lopes — que foi uma das relatoras da Lei Maria da Penha em 2006 — sendo substituída em 2012 pela socióloga e cientista social Eleonora Menicucci de Oliveira, que lutou contra ditadura na clandestinidade ao lado de Dilma.

A secretaria atuou em Políticas do Trabalho e da Autonomia Econômica das Mulheres, Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e Programas e ações nas áreas de Saúde, Educação, Cultura, Participação Política, Igualdade de Gênero e Diversidade, foi responsável por programas como o novo Disk 180, o Mulher, Viver sem Violência e a Casa da Mulher Brasileira. Em 2015 houve a fusão da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial com a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres, transformando-as no Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH), comandado de 2015 a 2016 pela professora Ideli Salvatti. Em setembro de 2016, o ministério foi extinto por Michel Temer, transformando-se em uma pasta do Ministério da Justiça e Cidadania e em julho de 2018 passou a ser vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos (Agência Brasil, 2017, s/p).

Em 2013, Dilma foi eleita pela revista Forbes como a segunda mulher mais poderosa do mundo, por sua "ênfase no empresariado que tem inspirado uma nova geração de empreendimentos" (PRESSE, s/p, 2013), perdendo somente para a chanceler alemã Ângela Merkel. Porém, a situação interna do país não condizia a isso.

Em seus primeiros quatro anos de gestão — 2011 a 2014 —, o país manteve o crescimento do PIB relativamente alto, em 4% ao ano, baixando de forma brusca para menos 3,2% nos dois primeiros anos do segundo mandato — 2015 e 2016. Uma das razões era a falta de confiança industrial no governo, as *commodities* (matérias-primas) e o petróleo com preços baixos, facilitando compras desses produtos por empresas do exterior, aliados a diminuição da cobrança dos impostos para as empresas privadas brasileiras, bem como a falta de mão de obra

qualificada, diminuição do poder de compra, desemprego e aumento da inflação chegando em 11% em 2015 (Brandão; Vogt, 2020).

Como soluções, o governo adotou medidas que não surgiram efeitos, como desonerações da folhas de pagamentos, redução de impostos para garantir uma lucratividade maior para o setor empresarial, alta de impostos em produtos importados, redução de taxas de juros para empresas brasileiras, controle de tarifa de energia elétrica para as indústrias (Singer, 2018).

Dilma venceu as eleições para o seu segundo mandato em 25 de outubro 2014, se reelegendo com 54.501.118 votos, equivalente a 51,64%, derrotando no segundo turno o ex-governador de Minas Gerais, Aécio Neves (PSDB), que teve 48,36%, com 51.041.155 votos.

O segundo mandato de gestão da presidenta durou somente dois anos e foi marcado por seu impeachment, iniciado em 2 de dezembro de 2015 quando o então presidente da Câmara dos Deputados Eduardo Cunha deu prosseguimento ao pedido dos juristas Hélio Bicudo, Miguel Reale Júnior e Janáina Paschoal, alegando que a presidenta havia cometido crime de responsabilidade pela prática das chamadas "pedaladas fiscais" e pela edição de decretos de abertura de crédito sem a autorização do Congresso — totalizando R\$ 95 bilhões — que contribuíram para o descumprimento da meta fiscal daquele ano.

Além disso, segundo Singer (2018), o país passava por problemas econômicos resultantes da crise² econômica mundial de 2008 e sofria resquícios do próprio governo de Lula, que aumentou demasiadamente o PIB nacional em relação à média brasileira que competia a 2%. No governo Lula, o PIB cresceu o total de 7,2%, sendo 1,1% na gestão de 2003 a 2006, e 6,1% no segundo mandato, de 2007 a 2010 (IBGE, 2024).

² A crise se iniciou em Nova York, nos EUA, em 2007, causada, sobretudo, pela perda de valor de ativos imobiliários. A partir dos anos de 1990 a 2000, houve a oferta de créditos fáceis - com juros baratos - para a compra de imóveis. Porém no ano de 2007, os juros já haviam aumentado em 56%. Segundo o FMI, as taxas de hipoteca ajustáveis que facilitavam a entrada de compradores de baixa renda com juros híbridos não funcionam em um mercado de custo alto. Em 2006, os calotes aumentaram e houve o congelamento dos preços dos imóveis. Dois anos depois, houve o descongelamento e o aumento do valor dos imóveis, fazendo 10 milhões de americanos perderem suas casas, aliados a taxas de desemprego altas, a queda do dólar e também a nacionalização de bancos. A crise atingiu a Europa, pois os bancos também congelaram seus créditos, diminuíram juros e flexibilizações de crédito como uma estratégia de estímulo monetário. No Brasil não foi diferente, houve a redução de impostos para estimular o consumo, congelamento de preços do petróleo, subsídio das tarifas de energia elétrica, ampliação das desonerações. Por um lado, com o dólar barato, o brasileiro viajou mais para fora do país, mas por outro, também comprou produtos do exterior, desvalorizando e até fechando indústrias nacionais, aumentando assim a dependência das commodities nacionais. O que, anos mais tarde, fora cobrado no governo Dilma Rousseff (Oliveira, Vilela e Máximo, Agência Brasil, 2018, s/p).

A presidenta enfrentou o antipetismo³, que ganhou forças com as Jornadas de Junho de 2013⁴ e foi alargado com a Operação Lava Jato⁵. Também sofreu desqualificações verbais desde o início de sua gestão. Xingamentos como “vadia”, “sapatão”, “vaca” e “vai pra Cuba” eram proferidos em manifestações e em grupos online como o Movimento Brasil Livre (MBL) e o SOS Militares, além dos gritos de ódio, a exemplo do “Dilma, vai tomar no cu”, proferido por uma parte do público com estádio cheio que assistia a abertura da Copa das Confederações, no de 2013 (Biroli, 2018). A misoginia foi o pano de fundo para a estigmatização e narrativa de uma presidenta incompetente politicamente e as violências “ganhavam legitimidade e antecipava um ambiente político em que posições de recusa aos direitos humanos ganhariam maior espaço” (Biroli, 2018, p. 78).

Em 11 de abril de 2016, a Comissão Especial de Impeachment aprovou a abertura do processo contra a presidenta por 38 votos a 27. No dia 17 do mesmo mês, após seis horas de sessão e por votação nominal, o Plenário da Câmara autorizou a abertura do processo de impeachment por 367 votos a favor, 137 votos contra e 7 abstenções. Em 10 de agosto, o Plenário decidiu por 59 votos a 21, que a presidente já então afastada, iria a julgamento, acusada de crime pela responsabilidade de ferir o artigo 39 da Lei de Responsabilidade Fiscal, contra a “guarda e o legal emprego de recursos públicos, na forma de assinaturas de três decretos de aberturas de créditos suplementares junto a operações com bancos públicos, cujo valor era incompatível com o cumprimento da meta fiscal” (Agência Senado, 2016, s/p). Após seis dias de julgamento, por 61 votos favoráveis e 20 contrários, seu mandado foi cassado, em 31 de agosto de 2016 (Agência Senado, 2016, s/p).

³ Partidarismo negativo em relação ao Partido dos Trabalhadores, causados por: (1) pelo social *class resentment* daqueles segmentos que se sentiram atingidos e incomodados com a ascensão econômica e de direitos dos setores mais empobrecidos da sociedade; (2) na associação entre o Partido dos Trabalhadores e os escândalos de corrupção política existentes no país, a exemplo do mensalão; (3) na atribuição de responsabilidade ao partido pela profunda crise econômica iniciada em 2015; e, (4) pelo falta de congruência entre bandeiras progressistas defendidas pelo Partido dos Trabalhadores e os valores do eleitorado (Singer, 2018).

⁴ Se refere às várias e consecutivas manifestações e protestos no mês de junho de 2013, que levou milhares de pessoas às ruas em mais de 30 cidades diferentes no Brasil: “As redes sociais difundiam o mapa colaborativo da chamada Revolta do Vinagre, ou Jornadas de Junho, e informavam locais de concentração dos protestos, pontos de conflito, rotas livres e se havia feridos. A frase ‘Desculpem o transtorno, estamos mudando o país’ era um dos achados do momento. Iniciou com grupos de esquerda contra o aumento da tarifa de ônibus em São Paulo, porém, durante os próximos meses inúmeros grupos de direita também foram as ruas. (Hollanda, 2018, p. 17).

⁵ A Operação Lava Jato foi deflagrada em março de 2014 e investigou um grande esquema de lavagem e desvio de dinheiro envolvendo a Petrobras, grandes empreiteiras do país e políticos. O juiz federal do Paraná, Sérgio Moro, foi responsável pela continuidade do julgamento das ações penais, incentivando que os promotores investigassem preemptivamente. Em 2017, emitiu sua primeira sentença contra Lula pelo caso do triplex do Guarujá, que foi posteriormente anulada pelo STF. A operação condenou 80 políticos, entre eles, o presidente da Câmara dos deputados em 2016, Eduardo Cunha, há 16 anos de prisão por corrupção passiva e pela solicitação e recebimento de vantagem indevida a reclusão em regime fechado (Moreno, 2024, s/p).

Além de Dilma ser a primeira mulher presidenta na história do país, seu governo foi o que mais havia incluído mulheres como ministras — desde o período de redemocratização até sua posse. Os governos anteriores de Lula empossaram 10 ministras, e os de Dilma, 14. Mas não somente por isso, sua gestão foi caracterizada pelo feminismo estatal⁶ ou Feminismo de Estado, visível pela conquista de espaços institucionais dentro do Estado por parlamentares ativistas, aliados a pressão dos movimentos de mulheres nas ruas com o objetivo de contribuir para “formulação, aprovação, implementação e fiscalização de políticas públicas voltadas para a promoção da igualdade de gênero” (Sanchez, 2021, p. 28). Não somente isso, a figura de uma mulher como chefe de Estado trouxe a esperança de escuta dos movimentos sociais de mulheres de diversas vertentes.

Alvarez (2014), discorre que desde a década de 1990 se torna nítida a trajetória feminista dentro de algumas organizações, como sindicatos, CUT e do próprio Partido dos Trabalhadores. Comissões da Mulher, Assessorias, Coordenadorias, agrupações feministas, administrações municipais e estaduais dentro do próprio partido, incentivaram os discursos feministas. “Assim estimularam, mesmo que às vezes inadvertidamente, a proliferação de feminismos ‘no plural’ entre mulheres populares, sindicalistas e militantes do movimento estudantil, por exemplo” (Alvarez, 2014, p. 28).

Duas foram as principais formas de atuação do feminismo estatal que se destacaram em seu governo. Primeiramente, através da rotina de interação que se caracteriza pela utilização de canais de diálogo oficialmente sancionados, através da participação institucionalizada, como a exemplo da presença dos representantes da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Política para Mulheres. Segundo, por meio de diálogo com marchas de mulheres.

Além da anual Marcha das Mulheres, em todo dia 8 de março, em 2011 Dilma foi convidada a estar presente na 4ª Marcha das Margaridas em 2013, o mesmo aconteceu na 5ª Marcha, em 2015. Em sua fala, a presidenta afirmou que as militantes tinham uma capacidade de organização notável, sendo um exemplo de luta contra a opressão, que elas a inspirava como presidenta da República e a todo o governo “que quer e precisa de diálogo constante para

⁶ Sonia Alvarez remete o início desse feminismo a década de 60, apontando: Muitos discursos e práticas feministas – mesmo que quase sempre distorcidas, tergiversadas, e “descafeinadas” – começaram a se articular “verticalmente,” a circular mais amplamente nos partidos (agora eleitorais, não mais só os revolucionários), nos próprios governos, nas universidades, na cooperação internacional, até na ONU e no Banco Mundial. Isso é, o gênero – um dos discursos definidores do campo nesse segundo momento, como veremos a seguir – passou a ser, no linguajar da ONU, “*mainstreamed*”, ou “*transversalizado*”, pelas instituições políticas. E os coletivos feministas autônomos de antanho pareciam dar lugar a ONGs especializadas e profissionalizadas, incentivadas pela chamada “cooperação internacional”, que se transformaram em verdadeiras “instituições do movimento” (Soares, 1998), mas que, segundo as suas detratoras, em alguns casos converteram-se em instituições a serviço do Estado e de organizações intergovernamentais (Alvarez, 2014, p. 26)

construir as políticas que permitam fazer do Brasil um país em que mulheres e homens tenham direitos e oportunidades” (Brasil, 2015).

Em 2013, o número de parlamentares federais continuava desproporcional, “dos 513 deputados, apenas 42 eram mulheres. Já no Senado, dos 81 senadores, apenas 8 eram mulheres” (Agência do Senado, 2013, s/p). Mesmo em minoria, elas contribuíram com projetos sociais de políticas para mulheres⁷ e de gênero⁸.

Durante sua gestão, o Brasil esteve em meio ao quarto momento do feminismo, caracterizado pelos feminismos nas redes — ou *ciberfeminismo* — em que mulheres, por influência das Jornadas de Junho de 2013, foram às ruas em diversos momentos no ano de 2015 como microfones humanos⁹ na nova Primavera das Mulheres¹⁰. O objetivo era expor e reverberar os assédios sofridos por elas nos últimos anos, reivindicarem mais direitos e equidade de gênero, segurando cartazes com frases de impacto. O que caracterizou uma nova linguagem política não necessariamente porque os corpos ocupavam territórios públicos em forma de um debate horizontal, com gritos de protestos e diálogos feitos durante a caminhada, mas também porque os agendamentos desses encontros foram feitos por meio de *hashtags*¹¹.

A historiadora brasileira Heloísa Buarque de Hollanda intitulou o movimento de “clickativismo” (2018, p. 30), que levou mais de duzentos e setenta mil pessoas às ruas naquele ano, atraindo olhares e marcando a gestão da presidenta, entre outros fatos, por uma busca popular por leis e políticas públicas que beneficiassem mulheres.

⁷ Entre elas estão o Programa Organização Produtiva das Mulheres Rurais, Crédito Apoio Mulher, apoio do Governo à realização da Marcha das Margaridas, II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, Programa Mulheres Mil, entre outros (Mensagem do Congresso Nacional, 2012).

⁸ Existe uma diferenciação entre políticas públicas para mulheres e políticas de gênero. Políticas para mulheres seriam aquelas que possuem a mulher como público-alvo, porém não vê a relação entre os sexos como uma causa dos problemas. Tais políticas mantêm a mulher como a responsável pela família, casa e filhos, não garantindo necessariamente sua autonomia. As políticas de gênero, por sua vez, diferenciam a socialização feminina e masculina e engloba a construção social do que é ser mulher. Não focam apenas no problema, mas buscam a autonomia das mulheres atendidas (Marques e Silva, 2017, p. 35)

⁹ O modo de expressividade é fundamental para que haja contágio. Vale lembrar aqui do fenômeno dos microfones humanos, um método de propagação da voz que tem o corpo humano como tecnologia. São como jograis, funcionam com a multidão repetindo o que diz uma só pessoa, de modo que torne sua fala audível à distância. O coro de vozes em ressonância tem, em si, uma enorme força expressiva (Hollanda, 2018, p. 25).

¹⁰ Incentivada pelo ciberfeminismo, “A Primavera Feminista ou das Mulheres, como ficou conhecida, pela tomada das ruas por milhares de mulheres, reverberando a insatisfação contra as pautas conservadoras do Congresso Nacional, com a insatisfação dos retrocessos impostos e o assédio sofrido nas ruas” (Dutra, 2018, p. 25).

¹¹ Ao digitar o símbolo da cerquilha (jogo da velha), que na língua inglesa lê-se *hash*, antes de uma palavra ou frase curta, ela se transforma em um hiperlink, ou seja, une todas as publicações da mesma palavra com a hashtag levando a alguma página da internet, podendo ser usado para o compartilhamento de ideias e na divulgação de formulários de pesquisas, em imagens, reportagens etc.

A *Revista Época*, lançou no dia 7 de novembro de 2015 uma capa intitulada “A Primavera das Mulheres: Uma nova geração de ativistas toma as ruas e as redes sociais e cria o movimento político mais importante do Brasil na atualidade” (Grilo, *et al*, 2015, s/p). As reportagens traziam duas das primeiras *hashtags* utilizadas no ano de 2013, que organizaram as mulheres em redes sociais como *Facebook*, *Twitter* e *Instagram* e as levaram para marchar nas ruas.

A primeira, denominada #ChegaDeFioFio, motivada pela luta contra os variados tipos de assédio e iniciada com uma pesquisa sobre cantadas na rua apresentada no site *Think Olga*, feita pela jornalista Juliana de Faria por meio de outra *hashtag*, intitulada #PrimeiroAssédio, com 8 mil mulheres entrevistadas, onde 96,6% delas relataram que já sofreram algum constrangimento verbal. O site arrecadou — através de um financiamento coletivo — cerca de vinte mil reais em menos de vinte quatro horas e em cinquenta e oito dias, chegou a oitenta mil reais, utilizado posteriormente produzir um documentário também intitulado *Chega de Fiu Fiu*¹², sobre violência contra a mulher.

No dia 14 de novembro de 2015, mulheres negras se organizaram para uma passeata em Brasília, vindas de vários lugares do país e se reuniram para uma luta antirracista. As delegações de mulheres chegavam de madrugada em um estádio Nilson Nelson e reuniu mais de 50 mil mulheres, sendo elas quilombolas, cotistas, mães, feministas, cristãs, rurais, autônomas, periféricas, militantes de vários partidos políticos, unidas para um coral contra o racismo que ficou conhecido como a Primeira Marcha das Mulheres Negras do Brasil. No dia 19 do mesmo mês, Dilma recebeu as representantes em uma reunião para ouvir suas demandas, afirmando que “resgatar nossa imensa dívida social e construir uma democracia plena exige respeito aos direitos e garantia de oportunidades iguais às populações afrodescendentes, às mulheres, às crianças, aos homens e, sobretudo, também ao jovem” (Biblioteca da presidência, 2015, s/p).

Na semana seguinte, milhares de mães se reuniram com seus filhos no Rio de Janeiro, mobilizadas pela *hashtag* #MãesEcriasContraCunha e #MãesEcriasNaLuta, reivindicando além da saída do deputado Eduardo Cunha — movimento que já havia sido iniciado por meio da #ForaCunha — o direito de amamentar e levar seus filhos em todos os locais públicos, sem constrangimento.

¹² “O documentário *Chega de Fiu Fiu*, lançado em 2018, é um desdobramento da campanha de mesmo nome iniciada em 2013 para debater assédio contra mulheres. Ele trata da participação das mulheres nos espaços públicos, marcada por uma série de violências, e examina ações de movimentos feministas no período de 2014 a 2017 modificaram as relações de poder entre homens e mulheres nas ruas e na internet.” (*Chega de Fiu Fiu*, *Think Olga*, s/p).

Além das marchas e do *ciberfeminismo*, de acordo com os dados apresentados em 2015 pela ONU Mulheres Brasil, ancorados no *Encarte Brasil baseado no Relatório: O Progresso das Mulheres no Mundo 2015*, os primeiros anos de governo de Dilma foram marcados por emancipação feminina, aumentando, por exemplo, em 800% o número de microempendedoras individuais, passando de 21 mil do ano de 2009 para 21 milhões em 2014. Isso foi resultado do combate à feminização da pobreza, que por meio do Cadastro Único¹³, inscreveu 88% de famílias chefiadas por mulheres, sendo 68% delas negras e oportunizou mais acesso ao comércio, escolas e empresas. Esses números foram incentivados também devido ao PRONATEC, que promoveu qualificação e registros das mulheres com carteira de trabalho (ONU Mulheres, 2015, s/p).

Neste mesmo ano foi aprovada a PEC das Domésticas, ofertando às mulheres que até então trabalhavam como domésticas de forma informal, direitos trabalhistas, auxílio-creche, seguro-desemprego e salário-família. Leis como a de nº 8305/14, que tipifica o feminicídio como crime hediondo, e de nº 13.257/2016, que fornece a possibilidade do aumento da licença paternidade de 5 a 20 dias, também foram aprovadas em seu governo, bem como, políticas de incentivo a divisão de cuidados das crianças por meio da Política Nacional Integrada para Primeira Infância, entre outras.

Segundo Vinhais (2006), a distribuição de renda não é o único meio de combater as desigualdades sociais, melhorar os serviços públicos também é. Neste contexto e devido inúmeras conquistas para as mulheres nos anos de governo de Dilma Rousseff (2011-2016), o Programa Rede Cegonha foi escolhido como objeto de análise desta pesquisa, tornando-a, portanto, inserida no campo da História do Tempo Presente pelo recuo cronológico entre o momento da análise e os processos históricos que permeiam o objeto desse trabalho.

Ferreira e Delgado (2013), afirmam que o tempo presente se refere a um passado atual ou em permanente processo de atualização. Está inscrito nas experiências vivas, que analisadas intervêm nas projeções de futuro elaboradas por sujeitos ou comunidades. Dessa forma, o processo histórico na HTP é marcado por uma memória social viva, que envolve repercussões

¹³ O Cadastro Único é cadastro de famílias com baixa renda, iniciado no governo de Itamar Franco, por meio da Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Ele é o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado como primeiro passo para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, do Pé-de-Meia, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Auxílio Gás, do Programa Minha Casa Minha Vida, entre outros programas criados de lá para cá. Além disso, ele também serve como critério para a seleção de beneficiários de programas oferecidos pelos governos estaduais e municipais (Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, s/p, 2024).

e tensões de curto prazo, com sujeitos históricos ativos e com fontes inseridas nos processos de transformação em curso (Ferreira; Delgado, 2013, p. 25).

Isso se torna relevante pois segundo Dosse (2012), enquanto o tradicionalismo — entendido como o estudo com um maior intervalo temporal — busca sentido no passado, a pesquisa no Tempo Presente procura fazer uma conexão na qual o historiador possui uma função crítica, cívica e ética, acabando assim com uma “santuarização de alguns assuntos históricos pelo Estado” (Dosse, 2012, p. 19), conseqüentemente, melhor estruturando a experiência do presente no plano coletivo.

Nesse sentido, a HTP está associada ao que a historiadora Marieta de Moraes Ferreira (2000) conclui ao dizer que “a História do Tempo Presente constitui um lugar privilegiado para uma reflexão sobre as modalidades e os mecanismos de incorporação do social pelos indivíduos de uma mesma formação social” (Ferreira, 2000, p. 12), ou seja, é formada por debates que se relacionam com a experiência em curso que se é vivida, onde o historiador deve-se preocupar com os desvios, subjetividades, ocultações e falsificações dos usos políticos do passado. Assim, a falta de distância, ao invés de um inconveniente, “pode ser um instrumento de auxílio importante para um maior entendimento da realidade estudada, de maneira a superar a descontinuidade fundamental, que ordinariamente separa o instrumental intelectual, afetivo e psíquico do historiador e aqueles que fazem a história” (Ferreira, 2000, p. 10).

Inserido portanto na HTP, o Programa Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Sistema Único de Saúde — sendo assim uma política pública financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios — objetivou reduzir a mortalidade materna e infantil e fornecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, puerpério, cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança, por meio da Rede de Atenção à Saúde que pela primeira vez na história dos programas de saúde materna no Brasil propôs atender as mulheres mães e seus filhos desde sua casa até a Atenção Primária de Saúde, ofertando meios de transportes como também o atendimento humanizado nos hospitais anunciados com o logo da “Maternidade Rede Cegonha” (Ministério da Saúde, 2011, s/p).

A escolha do programa para essa pesquisa, se deve a uma entrevista feita por Luciano Seixas no programa de rádio intitulado *Café com a Presidenta* de 28 de março de 2011, em que Dilma reafirmou a importância do programa para o país, dizendo que o futuro de uma criança inicia muito antes do nascimento dela, “começa na qualidade de vida da mãe, nas condições da gravidez e nas condições do parto. Vamos investir nove bilhões de reais até 2014, para garantir

um atendimento integral e tratar daquele que é um dos momentos mais marcantes da vida de toda mulher: a maternidade” (Biblioteca da presidência, 2011, s/p).

Além disso, em seu discurso de compromisso perante o Congresso Nacional em seu primeiro dia de governo, a presidenta afirmou que suas políticas seriam voltadas a integração “dos governos federal, estadual e municipal, em particular nas áreas da saúde, da educação e da segurança” (Biblioteca da presidência, 2011, s/p). Observa-se que o programa cumpre essa premissa de forma precursora no país na área da saúde se tornando necessário neste trabalho, de antemão, definir o que são políticas públicas.

Para Saraiva (2007), o termo “políticas públicas”¹⁴ pode denotar vários campos e os programas sociais são modos de operacionalizá-las. Exemplificando, elas podem ser governamentais, como as de saúde, comércio, educação; de restauração, como as de segurança ou de algum centro histórico; de ação específica, como de um reflorestamento ou educação direcionadas a adultos; para determinados temas ou problemáticas essenciais, como as questões energéticas e ecológicas. Podem ser consideradas como política de produtos de um resultado específico para um comportamento governamental, como as construções habitacionais e oportunidades de empregos (Saraiva, 2007, p. 30). O sociólogo suíço Jean-Claude Thoenig (1985), afirma que elas são um conjunto de medidas concretas que tenha um público-alvo (ou vários públicos) e que apresente definição obrigatória de metas ou objetivos a serem atingidos.

Concomitantemente, neste mesmo período na cidade de Toronto, no Canadá, a professora de língua inglesa, atuante na disciplina de Estudos Maternos na York University, Andrea O’Reilly, estudava inúmeras teorias e literaturas maternas estimulada por sua própria história pessoal, acusando que as mulheres mães eram marginalizadas, diante da arte, da saúde, do encarceramento, da literatura, de diversas perspectivas feministas e também das políticas

¹⁴ O processo de construção de cada política pública se inicia pela agenda, que são os estudos dos fatos sociais que levam a necessidade da entrada de determinada política na pauta governamental. A definição da agenda, é possível haver uma “autonomia relativa do Estado” o que faz com que ele tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas” (Evans *et al*, 1985, s/p). O segundo momento é a elaboração, que delimita um problema atual e potencial da comunidade e cria soluções e levanta os custos para a aplicação, estabelecendo as prioridades dentro dele. O terceiro passo, é a formulação, que define seus objetivos, marco jurídicos, administrativos e financeiros. Seguido pela implementação, que prepara o projeto para colocá-las em prática, incluindo os recursos humanos, materiais tecnológicos, elaboração de todos os projetos, planos, bases de dados e programas para a execução, por isso é uma das etapas mais complexas e decisórias. A execução é o quinto passo do processo, que nada mais é do que a realização da política em favor de seus objetivos. O sexto, são os acompanhamentos e supervisões, que objetivam fornecer correções e informações necessárias caso necessite, para que se obtenha os resultados propostos. Por fim, encontra-se a avaliação, que são as análises efeitos produzidos na sociedade pelas políticas públicas (Saraiva, 2007, p. 30).

públicas, pois, de acordo com ela, as mães não eram vistas como uma categoria de mulheres distintas dentro da sociedade e até mesmo dentro dos feminismos (O'Reilly, 2021, p. 9).

Após mais vinte anos de investigações e publicações sobre maternidades, O'Reilly (2016) concluiu que as mães necessitavam de um feminismo centrado nelas, com um ativismo que reposicionasse o termo mãe de substantivo para verbo, com uma prática que desalojasse a ideologia dominante da maternidade que transfere o trabalho de maternar sobre o essencialismo biológico e cisgênero construídos sobre as mulheres na história, para que assim, além de inclusas, elas possam ser cuidadas e ouvidas (O'Reilly, 2021, p. 11).

Assim, ao entender que elas devem ser inclusas, neste feminismo as mães são vistas como uma categoria específica de mulheres e buscam direitos que vão além dos básicos (como a licença maternidade) porque entendem que elas enfrentam problemas sociais, psicológicos, econômicos, políticos e culturais que são específicos dos papéis e identidades das mulheres enquanto mães, se diferenciando dos demais movimentos maternos pois esses lutam por objetivos isolados (como justiça para aquelas que perderam seus filhos para o Estado), enquanto as feminismos matricêntricos buscam melhorias para todas as mães.

Para isso, em primeiro lugar, é necessário um olhar que diferencie as mulheres mães das que não são mães em todos os aspectos da sociedade: dentro das instituições, organizações sociais e profissionais, ordenamentos jurídicos, políticas públicas e outras. Isso não significa segregá-las, mas observar as identidades, expressões e necessidades das mães em um enquadramento particular dentro dessas conjunturas, não somente enxergando a maternidade como uma questão social e cultural, mas sobretudo, política.

Segundo a cientista política da Secretaria de Políticas para Mulheres da presidência da república, Daniela Peixoto Ramos (2021), em seu livro *As mulheres e a política do dia a dia*, “a identidade materna tem legitimidade social por sua dimensão política, pela qual as mulheres levantam bandeiras e se fortalecem na maternagem para conquistar espaço e voz ativa ao reivindicar direitos” (Ramos, 2021). Portanto, é necessário olhar os espaços reservados as mães dentro das políticas públicas, ordenamentos, espaços públicos, por entender que elas possuem uma demanda diária historicamente diferente das mulheres que não são mães.

Assim, por meio de uma pesquisa bibliográfica e quantitativa, através do rastreamento de dados e informações em fontes públicas ofertadas em sites oficiais do governo federal brasileiro, como as estatísticas apresentadas em pesquisas publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Biblioteca Virtual da Saúde, Biblioteca da presidência e outros, esta pesquisa possui o objetivo de analisar o

Programa Rede Cegonha sob o olhar teórico do feminismo matricêntrico, observando se ele contribui para o melhoramento da vida das mães através do combate a maternidade patriarcal¹⁵ criado por O'Reilly (2016).

De acordo com O'Reilly (2021, p. 146-147), as políticas (sejam públicas, sociais, para mulheres, etc) que contribuem com as mães e seus movimentos levando em consideração suas demandas diárias, as colocando em uma categoria especial entre as mulheres, demonstram desenvolvimento nas elaborações e conseqüentemente constroem mudanças. Nesse sentido, ela também afirma que a maioria das políticas do mundo contemporâneo, até mesmo as de perspectivas feministas ou maternalistas, misturam as mulheres (mães e não mães), mas deveriam se esforçar em estratégias que não sacrifiquem as mães, o que consecutivamente beneficiariam as crianças e a sociedade, levantando-se assim, novamente, a necessidade de um feminismo centrado nas mulheres mães.

Assim, para essa análise, o PRC passou pelo exercício de ser indagado pela teoria matricêntrica nos ensinando assim que as mães podem e devem ser sujeitos com agência e autonomia de suas vidas. A exemplo: O programa oferta um olhar especial às mães, levando em consideração que suas demandas diárias são diferentes das mulheres que não são mães? O programa gera visibilidade a elas, incorporando direitos que tornam seu dia a dia mais saudável? Ou ainda, quando foca nas crianças, ele leva em consideração que o trabalho do cuidado é uma responsabilidade social e não apenas das mães? Ele enfatiza os marcadores sociais da diferença¹⁶?

Segundo Carneiro (2011), o não reconhecimento dos marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, etnia, classe, orientação sexual, religiosa, conduz a práticas de discriminação e preconceito tanto no espaço público como no espaço privado, levantando sua importância diante das políticas públicas. Assim, esses são alguns exemplos de questionamentos que auxiliam na análise e compreensão pois partem do entendimento que o feminismo matricêntrico é fruto de seu tempo histórico e possui uma perspectiva política. E,

¹⁵ Andrea O'Reilly (2016) entende como maternidade patriarcal toda a carga materna gerada sob as mulheres mães no decorrer da história, sobretudo após 1980, e para isso, cria os dez pressupostos que a definem. Este conceito será explanado no primeiro capítulo dessa pesquisa.

¹⁶ Os marcadores sociais da diferença, por meio da representação social do conhecimento, permitem um olhar investigativo que vai "costurando", tecendo os fios da "colcha de retalhos" por uma interseccionalidade que busca analisar a luta e a resistência em torno da relação de poder, hierarquia e instrumentalização do aparelho Estatal nos seus mais diversos níveis e estratos sociais, que, objetivamente, se consolida através do que Bourdieu (1989) chama de poder simbólico ou pelo que Foucault (2017) entende por microfísica do poder (Gaudêncio *et al*, 2018, p. 302).

como um pressuposto teórico, ele se torna uma indicação para investigações e não um conceito fechado com esforços para se encaixar no real (Fenelon, 1993, p. 83).

O primeiro capítulo desta dissertação abrange a história do feminismo matricêntrico, apresentando os principais conceitos que ancoram¹⁷ esta teoria e embasam essa pesquisa, como a maternidade intensiva, o novo momismo, a maternidade normativa e feminista e patriarcal. A necessidade de entendê-los nesta pesquisa leva em consideração que a prática da maternagem pode ser feita por todos que tenham compromisso e responsabilidade e que esta não é uma ação necessariamente biológica ou ditada pela natureza.

A partir do entendimento do conceito de maternidade patriarcal trazido no primeiro capítulo, o feminismo matricêntrico busca uma adesão ampla para o fortalecimento e mudança social para todas as mães (O'Reilly, 2021, p. 147), contudo, ao falar em luta para elas, é necessário indagar: Para quais mães? De quais culturas, raças, regiões geográficas e condições sociais? Assim, se torna essencial entender não somente os conceitos matricêntricos como também aqueles que fornecem uma visão interseccional deste feminismo, que serão expostos na segunda parte do primeiro capítulo.

O segundo capítulo, apresenta o Programa Rede Cegonha, trazendo antes disso a história dos programas sociais de saúde para mulheres gestantes, bem como os motivos de sua implementação, seus objetivos, princípios e seu trajeto, para evidenciar que ele cumpre sua função como uma política pública. Mostra também as metas, resultados e críticas contra o programa durante os anos do governo Dilma Rousseff (2011–2016), utilizando o apoio de tabelas fornecidas pelo governo federal por meio do Sistema de Informações de Mortalidade e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

A segunda parte do segundo capítulo, evidencia um debate sobre o principal objetivo do Programa Rede Cegonha, trazendo que apesar de sua principal meta evidenciada pela redução da mortalidade materna e infantil instaurada pelo Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não ter sido atingida no ano de 2015, o programa continuou buscando novas estratégias de alcance para assegurar saúde humanizada as mães, filhos e comunidades no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Posteriormente, o terceiro capítulo traz a análise do Programa Rede Cegonha a luz do feminismo matricêntrico utilizando como base os dez pressupostos criado por O'Reilly para

¹⁷ Importa ressaltar que apesar de O'Reilly apresentar estudos em seus livros com inúmeras teorias e culturas maternas de variados tempos históricos, como mitos da antiguidade e momentos em que as mães foram matriarcas em suas comunidades, neste trabalho, utilizo conceitos apresentados por ela do período pós Segunda Guerra Mundial desfrutado na construção do feminismo matricêntrico.

caracterizar a maternidade patriarcal. Esse exercício se dará por meio do entrelace entre objetivos desse feminismo e da participação das mulheres no quarto momento ou “onda¹⁸” feminista no Brasil diante da agenda governamental das políticas públicas.

Neste último capítulo, portanto, o feminismo matricêntrico é entendido como uma práxis na qual a ação das mulheres mães provém da própria historicidade dos feminismos, sendo importante resgatar esse processo histórico no Brasil não para explicar pontualmente as características de cada um, mas para situar o feminismo centrado nas mães como um feminismo plural, que encontra no Programa Rede Cegonha uma política pública que esteve em desfavor da maternidade patriarcal, seguido pelas considerações finais.

¹⁸ Segundo a historiadora Joana Maria Pedro (2012), o termo está atrelado ao adjetivo de “onda” e funciona de maneira comparativa em relação à luta em defesa do direito ao voto da primeira metade do século XX. A utilização do termo teve a intenção de ser didática, a fim de contrapor a concepção de que os debates já não eram mais por direitos políticos, como no início do século e que passava a incluir temáticas como a valorização do cotidiano, o questionamento da sujeição ligada a uma compreensão de identidades múltiplas como “mulheres” e “às lutas pelo direito ao corpo, ao prazer, e contra o patriarcado - entendido como o poder dos homens na subordinação das mulheres” (Pedro, 2012, p. 79).

CAPÍTULO 1

1. Historicidade do feminismo matricêntrico

Por meio de uma arqueologia das teorias maternas, Andrea O'Reilly, professora canadense da Universidade de York -Toronto, criou no ano de 2016 um feminismo específico para mulheres mães, após afirmar em seu livro *Feminismo Matricêntrico: teoria, prática e ativismo*, que a maternidade é o assunto inacabado¹⁹ dos feminismos, sendo esse apenas um dos motivos para que as mães necessitassem urgentemente de um feminismo só para elas (O'Reilly, 2016, p. 83).

Essa conclusão está ancorada em estudos teóricos, literários e conceituais sobre a maternidade no norte global, iniciado há pouco mais de vinte anos atrás. É grande o número de teorias utilizadas por O'Reilly (2016) para a construção desse feminismo. Um exemplo é o conceito da “Máscara da Maternidade” de Susan Maushart (2006), que se refere à idealização, ou seja, a suposição colocada sobre a maternidade onde as mães são vistas como cuidadoras perfeitas, dispostas e amorosas. Essa teoria se assemelha aos estudos da psicóloga brasileira Leide Silva do Carmo (2023), quando ela aponta:

Ser mãe é amar o seu filho de uma forma inexplicável, mas vai se sentir cansada, esgotada, com necessidades e vontades de estar sozinha. E isso não tem nenhuma relação com amor. São só os outros papéis gritando no interior dessa mãe. Então, vão ter dias em que vai se sentir que não vai dar conta, que a qualquer momento vai perder o controle e que suas forças vão acabar. Mas continua a luta, fazendo tudo o que precisa ser feito. Vale lembrar que romantizar a maternidade é um fator cultural, mas na realidade ela é marcada por dores, angústias e sensações de que a qualquer momento vai tudo desmoronar (Carmo, 2023, p. 58).

Outra pensadora que inspirou O'Reilly (2016) foi Ann Crittendem e seu conceito de “Preço da Maternidade” que demonstra que a sociedade acredita que a maternidade é feita para as mulheres, contribuindo para ignorarem o trabalho de cuidado destinado aos filhos. Parecido

¹⁹ Isso não quer dizer que não houve a presença da maternidade nas demais ondas feministas, mas que ela não foi uma prioridade de luta. A primeira onda, por exemplo debateu sobre a “Proteção à mulher gestante pobre” como uma das teses do II Congresso Internacional Feminista (1931), e a consolidação da Licença Maternidade onde foi proibido o trabalho da grávida 6 semanas antes e 6 semanas depois do parto, em 1943. Na segunda onda, durante a ditadura militar brasileira, houve o Movimento de Luta por Creches, bem como a conquista do anticoncepcional em 1962 e dois artigos inclusos da Lei 229 de 1967: Art. 392 - É proibido o trabalho da grávida de 4 semanas antes e 8 semanas depois do parto e Art. 393 - Durante o período a que se refere o art. 392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos seis últimos meses de trabalho, bem como os direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que ocupava.

com o pensamento de Crittendem, a psicanalista e colunista da *UOL* Vera Iaconelli (2023) em seu livro *O Manifesto Antimaternalista* afirma que é possível repensar a sociedade brasileira através da maternidade, pois no Brasil as mães são consideradas as guardiãs do cuidado, sendo mães em situações extremas, como miséria, abandono, estupros e mesmo assim, muitas vezes são consideradas narcisitas pela sociedade.

Sara Ruddick (1984) com a teoria do “Pensamento Maternal” também foi uma das escritoras que contribuiu para a formulação do feminismo de O’Reilly (2016). Para ela, os afazeres com as necessidades das crianças podem ser caracterizados por: manter a própria vida; poder se desenvolver; serem treinadas para ingressar na vida; e serem aceitas em sua comunidade. Isso teria gerado nas mulheres mães um pensamento materno que se caracteriza por se tornarem as agentes responsáveis pelas demandas das crianças, causando boas atitudes, virtudes e capacidades intelectuais.

No mesmo sentido da teoria de Ruddick, a psicanalista brasileira Silvia Lobo cunhou o conceito de “mães suficientemente boas”, em que muitas se anulam como mulheres, mas dão conta de serem mães, contudo a:

“mãe suficientemente boa” efetua uma adaptação ativa que exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos. O que nos remete, de novo, à história das mulheres, quando submetidas a uma realidade que lhes dificultou ou impediu a descoberta criativa do mundo. Em que condições puderam essas mulheres do passado ser mães suficientes? Com qual autonomia geraram filhos com recursos de criatividade? Que tipo de interlocução encontraram na cultura de seu tempo? Não colocamos em questão a existência de mães boas e suficientes ao longo de toda a história, contudo pensar na “mãe suficientemente boa” implica concebê-la como mulher, respeitada pela cultura, reconhecida como dona de seu corpo e de sua liberdade, capaz de viver o paradoxo de amar com devoção e alteridade (Lobo, 2005, p. 11)

Teorias maternas fizeram O’Reilly (2016) compreender que a maternidade em suas mais variadas práticas foi repressora as mulheres durante a história, se tornando uma instituição ideológica e patriarcal para desempoderar e oprimir as mães (O’Reilly, 2016, p. 50).

O termo matricêntrico foi inspirado no conceito de “ginocêntrico”, da feminista literária Elaine Showalter, que significa uma visão centrada na mulher. Segundo O’Reilly, o feminismo matricêntrico além de matrifocal é multidisciplinar, pois:

- afirma que o tema das mães e da maternidade merecem uma investigação acadêmica séria e sustentada;

- considera a maternidade um trabalho importante e valioso para a sociedade, mas sublinha que a tarefa essencial da maternidade não é, nem deve ser, responsabilidade e dever exclusivo das mães;
- contesta, desafia e combate a instituição opressiva patriarcal da maternidade e procura imaginar e implementar uma identidade e prática materna que empodere as mães;
- procura corrigir a centralidade na criança que define grande parte dos estudos e do ativismo sobre a maternidade e procura desenvolver a investigação e o ativismo a partir da experiência e da perspectiva das mães;
- compromete-se com a mudança social e a justiça social e considera a maternidade um empreendimento socialmente engajado e um local de poder, onde as mães podem criar e criam mudanças sociais através da educação dos filhos e do ativismo;
- entende que as maternidades são culturalmente determinadas e variáveis, e está empenhada em explorar a diversidade da experiência materna através de raça, classe, cultura, etnia, sexualidade, capacidade, idade e localização geográfica;
- esforça-se por estabelecer a teoria materna e os estudos sobre a maternidade como uma disciplina académica autónoma, independente e legítima (O'Reilly, 2021, p. 46-47, tradução nossa)²⁰

Para compreender os conceitos que formam esse feminismo, é preciso retomar alguns processos históricos. A Revolução Industrial reposicionou as mulheres mães na sociedade. Ariès (1986) demonstra que anteriormente a ela, por volta dos séculos XV, a criança não era vista como um ser em desenvolvimento, com necessidades de atenção ou cuidados contínuos, mas sim como um miniadulto. Segundo o autor, “a aprendizagem não se exercia na condição formal da escola, mas confundia-se com o exercício das tarefas domésticas cotidianas, sendo o convívio com os adultos parte importante deste processo” (Ariès, 1986, p. 117).

Ao descrever a casa e a maternagem dos filhos nesse período em seu livro *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, Elizabeth Badinter (1985) discorre que na França o choro de bebês incomodava os pais de classe média. Muitas crianças eram consideradas um

²⁰ • asserts that the topic of mothers, mothering, and motherhood is deserving of serious and sustained scholarly inquiry;

- regards mothering as work that is important and valuable to society but emphasizes that the essential task of mothering is not, and should not be, the sole responsibility and duty of mothers;
- contests, challenges, and counters the patriarchal oppressive institution of motherhood and seeks to imagine and implement a maternal identity and practice that is empowering to mothers;
- seeks to correct the child centredness that defines much of the scholarship and activism on motherhood and seeks to develop research and activism from the experience and the perspective of mothers;
- commits to social change and social justice, and regards mothering as a socially engaged enterprise and a site of power, wherein mothers can and do create social change through child-rearing and activism;
- understands mothering and motherhood to be culturally determined and variable, and is committed to exploring the diversity of maternal experience across race, class, culture, ethnicity, sexuality, ability, age, and geographical location;
- endeavours to establish maternal theory and motherhood studies as an autonomous, independent, and legitimate scholarly discipline. (O'Reilly, 2021, p. 46-47).

estorvo e a perda de uma era muitas vezes irrelevante, pois podiam ter mais dezenas vivas. A tarefa de amamentar não era nobre para uma dama e somente o primogênito masculino tinha melhor tratamento por ser o futuro provedor, caso o marido falecesse ou a mãe ficasse inválida (Badinter, 1985, p. 92).

Na segunda metade do século XVIII, com as melhorias das condições sanitárias, dos hábitos de higiene, da diminuição da mortalidade infantil, da expansão da ciência, aliados ao envio de filhos às amas de leite²¹, muitas mães da classe média foram buscar liberdade feminina²², e expediram seus interesses para arte, economia, literatura, filosofia, — e consequentemente tendo menos gestações — fazendo com que o Estado se preocupasse com os filhos, pois entendia o aumento da população como necessário à ampliação do poder nacional. Assim, a criança adquire um valor mercantil: passa a ser percebida como um potencial econômico, em que “o homem é o princípio de toda riqueza, uma matéria-prima própria para trabalhar todas as outras e que, amalgamada com elas, lhes dá um valor, e delas o recebe” (Badinter, 1985, p. 108). Do trabalho humano resulta, portanto, os meios de subsistência e de satisfação, exigindo as mães o retorno aos cuidados com as crianças:

Após 1760, abundam as publicações que recomendam às mães cuidarem pessoalmente dos filhos e lhes “ordenam” amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (Badinter, 1985, p. 145).

De acordo com Badinter (1985) houve um remodelamento da imagem das mulheres mães. Uma moderna e boa mãe era aquela que ficava em casa em tempo integral, isolada na esfera privada e financeiramente dependente do marido. Em um discurso econômico, elas eram convidadas a gerarem filhos para as guerras, já na narrativa filosófica — a exemplo dos textos

²¹ Em 1780, na capital, em cada grupo de 21 mil crianças que nascem anualmente (numa população de oitocentos a novecentos mil habitantes), menos de mil são amamentadas pelas mães, mil são amamentadas por uma ama em domicílio. Todas as outras, ou seja, 19 mil, são enviadas para a casa de amas. Dessas 19 mil confiadas a amas fora do teto materno, duas ou três mil, cujos pais dispunham de rendimentos cômodos, deviam ser colocadas nas proximidades de Paris (Badinter, 1985, p. 45).

²² Aqui, aproveito para citar a contribuição das primeiras feministas, ao buscarem licença maternidade e creches como umas das pautas da primeira onda, porém: “embora elas tenham alcançado conquistas significativas, como o sufrágio feminino em vários países, as mudanças sociais e políticas foram gradualmente desacelerando no início do século XX. A Primeira Guerra Mundial e a influência conservadora das décadas seguintes desviaram a atenção do movimento feminista, e foi somente na segunda metade do século XX que o feminismo ressurgiu com força renovada na forma da segunda onda feminista. No entanto, a primeira onda estabeleceu as bases para as lutas subsequentes das mulheres por igualdade e continua sendo uma parte importante da história do movimento feminista. A maternidade não foi um ponto central na luta das mulheres na primeira onda. Não se questionou o determinismo biológico que reservava às mulheres um destino social de mães, mas se buscou direitos que melhorassem as condições de gestação” (Valente, 2021, p. 53).

de Jean-Jacques Rousseau — a “criança era um bem precioso indispensável para sociedade e para o país, acusando as mulheres de estarem despovoando a Europa por não estarem cumprindo o seu dever” (Badinter, 1985, p. 152), e na argumentação religiosa, as mães se tornaram o pilar central da família, responsáveis pelo cuidado e pela educação dos filhos.

O’Reilly (2021) nos conta que no período vitoriano, houve uma ideologia específica para mulheres brancas e de classe média europeias, nomeada de *moralidade da moral*, pelo qual elas eram vistas como piedosas, castas e podiam usar a auréola de Nossa Senhora e transformar o mundo através da sua influência moral e da sua gestão social²³, consequentemente, a maternidade era vista como natural e feliz para todas (O’Reilly, 2021, p. 56-57).

Sobre a imagem das mulheres em relação ao trabalho fora e dentro do lar, Perrot (2007) contribui:

A fábrica, com suas máquinas, sua sujeira, suas promiscuidades sexuais, não era para elas. Em um congresso operário de 1867, um congressista declara: "Para o homem, a madeira e o metal. Para a mulher, a família e os tecidos". Uma grande divisão material e simbólica do mundo. O duro para os homens; o mole para as mulheres (Perrot, 2007, p. 119).

Nancy Fraser (2024) analisa esse período na Europa por um viés econômico-social, afirmando que é caracterizado pelo trabalho de cuidado não remunerado, o que inclui a maternagem dos filhos, manutenção e zelo da casa, idosos, cadeirantes e outros. Isso porque, desde antes da Segunda Guerra, com o esquema de salário-família, continuando até o pós-guerra, com o estado de bem-estar social²⁴, houve uma normalização da dependência da mulher em relação aos homens, fazendo com que eles fossem considerados além do principal provedor

²³O adereço condiz a estar "aureolada" de amor, "o amor a mais", segundo a expressão de Elisabeth Badinter, que descreve o crescimento do sentimento maternal a partir do século XVII e o da figura da mãe, tanto nas práticas (saúde, puericultura, educação na infância) quanto na simbólica. Ele está aparente em Marianne, mãe dos cidadãos franceses no romance *La vie de Marianne*, de Marivaux, e no *Mémoires pour servir à l'histoire de la vertu*, do padre Prévost. Rainhas como a Charlotte da Bélgica em 1856, a princesa Maria Teresa de Saboia e a rainha Vitória da França usavam uma coroa de flores no cabelo, cotidianamente. Vitória promulgou o Dia das Mães como lei no país para ensinar que a função materna é social e que a mensagem de anunciação do anjo Gabriel para a todas as mulheres de forma desejada ou temida, onde qualquer escolha sobre isso seria uma fatalidade, enquanto o controle da natalidade pertencia ao Estado (Perrot, 2007, p 67).

²⁴ Compreensão generalizada de que a todos deveriam se estender os frutos de um sistema cooperativo de ajuda mútua nacional com vistas a garantir segurança, habitação, emprego e nível de vida compatíveis com os padrões de vida que o dever coletivo impunha. T. H. Marshall, um dos primeiros teóricos do Estado de Bem-Estar Social, irá afirmar que o mesmo se estabelece com um núcleo central que consistirá na criação de um seguro social, assistência pública, serviços médicos, política habitacional e educação. Para Marshall, o Estado de Bem-Estar Social envolve até mesmo uma política criminal diferenciada, especialmente no tocante à delinquência juvenil (Santos; Neto, 2008, p. 62)

da casa, cidadãos típicos e ideais. Caso a esposa trabalhasse, seu salário era apenas uma complementação ao sustento econômico da família, suplementar ao do marido. Essa naturalização de hierarquia de gênero fortificou e enraizou os mercados, tirando as mulheres das disputas políticas e protegendo o liberalismo enraizado (Fraser, 2024, p. 284).

Esses valores foram formados por um processo histórico que fez a maternidade normativa, ou seja, natural e essencial para o ser mulher, incentivando o posicionamento como cuidadoras centrais e integrais de seus filhos, mesmo quando se trabalhava fora de seus lares, exigindo disposição, carinho, dedicação, paciência, altruísmo, amor e tempo. Do contrário, as mães eram consideradas más ou foras da lei (O'Reilly, 2016, p. 21-22).

O entendimento do que é considerado uma boa maternidade, gerou uma suposta necessidade psicológica que enfatizava a dependência entre filhos e mães, caracterizada pelo que O'Reilly (2021) chamou de maternidade custodial, se tornando mais latente a partir de 1990, quando se transforma em intensiva:

Durante a Segunda Guerra Mundial na América do Norte, houve um aumento sem precedentes no emprego das mulheres, incluindo mães brancas de classe média que anteriormente não tinham um emprego a tempo inteiro. Assim, no período da guerra, as mães eram encorajadas a trabalhar e celebradas por fazê-lo, particularmente nos filmes de propaganda e na literatura. Com o fim da guerra e o regresso dos soldados, as mulheres foram forçadas a abandonar o emprego durante a guerra. Isto foi orquestrado e facilitado por uma reformulação ideológica do que constitui uma boa maternidade (O'Reilly, 2021, p. 82, tradução nossa).²⁵

Em 1998, a escritora Sharon Hays estudou a história das ideias da maternidade, buscando entender as ligações com o que era considerado uma boa maternidade e os contextos sociais contemporâneos. Em seu trabalho para o livro *Contradições culturais da maternidade* (1998), entrevistou mães com classes sociais diferenciadas em San Diego/Califórnia, na qual dez eram de classe média e não trabalhavam fora de casa, dez trabalhavam fora de casa e eram mal remuneradas, nove eram pobres e não trabalhavam fora de casa, e outras nove eram pobres e mal remuneradas em seus empregos. Havia telefonistas, balconistas, jornalistas, médicas, gerentes de escritório e outras profissões. Cada uma delas respondeu 13 páginas de

²⁵ During the Second World War in North America, there was an unprecedented increase in the employment of women, including middle-class white mothers who previously didn't have a full-time job. Thus, during the war, mothers were encouraged to work and celebrated for doing so, particularly in propaganda films and literature. With the end of the war and the return of the soldiers, women were forced out of their jobs during the war. This was orchestrated and facilitated by an ideological rethinking of what constitutes good motherhood (O'Reilly, 2021, p. 82)

questionamento sobre seus cotidianos, com perguntas como “Como você se sentiria se jamais tivesse filhos?”, “Como os filhos se tornam bons adultos?”, “Qual o conselho mais importante que recebeu sobre a educação do seu filho?” (Hays, 1998, p. 142-148).

As respostas a levou às considerações de que as mães estavam desgastadas por acreditarem que quando se tem filhos, cabe a elas protegê-los pelo máximo de tempo possível de todas as coisas horríveis, bem como, dar uma experiência de vida saudável, com investimentos lucrativos, “pois mães que descuidam de seus filhos estão preocupadas com realizações pessoais, se tornando egoístas” (Hays, 1998, p. 166-167).

A partir de seus estudos, Hays (1996, p. 5) criou o conceito de maternidade intensiva, que é o trabalho das “mulheres em nome do filho sagrado”. Segundo este conceito, em primeiro lugar, a mãe é a cuidadora central de seus filhos; em segundo, a maternidade é considerada mais importante do que o emprego remunerado; e, em terceiro lugar, ser mãe exige gastar muito tempo, energia e recursos materiais com a criança (Hays, 1998, p. 8).

A maternidade intensiva provém, portanto, de uma ideologia formada pela exigência materna em tempo integral (pois do contrário se sentem culpadas ou são culpabilizadas), somada ao trabalho fora do lar. Se por um lado, ela sobrecarrega a mãe, por outro, desafoga os homens e demais cuidadores:

A ideologia das práticas intensivas de educação infantil persiste, em parte, porque serve os interesses dos homens, mas também do capitalismo, do Estado, da classe média e dos brancos. Além disso, e num nível mais profundo. A ideologia da maternidade intensiva é protegida e promovida porque detém uma posição cultural frágil, mesmo assim poderosa, como a última melhor defesa contra o que muitas pessoas vêem como o empobrecimento dos laços sociais, das obrigações comunitárias e das obrigações não remuneradas (Hays, 1998, p. 9).

A professora da Universidade Federal de Pernambuco, Maria Collier de Mendonça (2014), — coorientanda de Andrea O’Reilly durante seu doutorado e percussora dos conceitos matricêntricos no Brasil — explica a mesma sobrecarga materna por meio do conceito criado por ela que intitulou de “mãe-elástico”, que faz alusão a personagem Helena do filme *Os Incríveis 2*. A heroína é conhecida como mulher elástico — por ter o poder de ser altamente flexível, movimentando-se como um elástico — deixa os filhos sob cuidado do pai em casa para trabalhar salvando o mundo, mas a inversão das atividades não dá certo e Helena precisa cuidar dos filhos em casa ao mesmo tempo que trabalha fora. Mendonça (2014), utiliza a metáfora para apontar que as mães que trabalham fora do lar também são elásticas, pois a elas

são exigidas “capacidade de ceder, resolver imprevistos e adaptar-se às incertezas e os esforços de conciliação entre maternagem e trabalho remunerado são forças que dobram e infelizmente, chegam a exaurir boa parte dessas mães” (Mendonça, 2014, p. 45).

Silvia Federici (2019, p. 227) completa ambas as ideias lembrando que a desvalorização de gênero diante do trabalho de cuidado invisível e não remunerado acarreta uma desvalorização para longo prazo na vida da mulher, como em poucas obtenções da aposentadoria, por isso é uma estratégia do capitalismo. E, no caso de muitas mães que precisam ter renda extra conciliando com o trabalho fora do lar, acabam vivendo em situação de semi-escravidão, pois aceitam empregos informais de baixo salário. Além de que “paradoxalmente, quanto mais as mulheres cuidam de outrem, menos cuidados elas receberam em troca, pois dedicam menos ao trabalho assalariado do que os homens (Federici, 2019, p. 272).

A diferença entre a maternidade custodial e intensiva é que a primeira está aliada a domesticidade, ou seja, a conciliação da maternagem com a manutenção da casa — limpeza, alimentação e cuidados. Já a intensiva, se caracteriza pela maternagem da criança, os cuidados com a casa, aliada à presença das mães no cotidiano das crianças também fora do lar. O’Reilly (2016) traz um exemplo que considera muito comum na maternagem de mães de classe média: o curso de confecção de *brownies* para meninas. Enquanto as mães na maternidade custodial continuavam em suas casas durante o tempo do curso, na intensiva, elas iam fazer o curso com as meninas, se tornando cuidadoras centrais das crianças, pois necessitavam estar sincronizadas emocionalmente, psicologicamente e cognitivamente com os filhos (O’Reilly, 2016, p. 47).

A partir de 1990, as crianças são vistas como inestimáveis, necessitadas de cuidados individualizados, especializados e centrados nelas, por isso intensivo. O’Reilly (2016) expõe um exemplo pessoal no qual deixou a filha mais nova para fazer uma aula de dança em 1998, para nesse tempo ir tomar um café com as amigas, porém, foi advertida pelo professor e orientada a fazer a aula junto com a filha, pois era uma aula de mães e pequenos. Após a aula, em diálogo com a sua filha, ambas concluíram que as duas queriam também passar um tempo somente com as amigas. Depois de experimentar os dois tipos de programas — com e sem interferências das mães — Andrea constatou que a aula somente entre crianças geraria muitos benefícios.

O’Reilly (2021) defende que esse estilo de maternidade nos países onde realizou sua pesquisa, é fruto da cultura dos últimos vinte e cinco anos, onde as mães dão conta de carreiras competitivas do mercado de trabalho sem esperar a diminuição da mão de obra do cuidado e educação dos filhos, aonde esta exige “tempo de qualidade” (O’Reilly, 2021, p. 86).

Diante de uma maternidade exaustiva, as autoras Susan Douglas e Meredith Michels (2004) criaram o termo novo *momismo*²⁶ para conceituar o trabalho de cuidado físico, emocional e psicológico com os filhos exigidos das mães biológicas 24 horas por 7 dias da semana, aliados à cobrança de um cuidado que deve ser acompanhado por especialistas. De acordo com as autoras, essas exigências aumentam sobretudo a partir dos anos de 1980, aonde uma romantização da maternidade redefiniu a mulher em primeiro lugar a partir da criação dos filhos, a julgando primeiramente pela relação de amor e envolvimento com eles e somente depois as avaliando como cidadãs ou profissionais, assim, levando as mães a tentarem atingir padrões inatingíveis diante da maternidade.

O termo “novo” remete a renovação da mística feminina, apresentada por Betty Friedan, na década de 1960. Nela, as mulheres possuem suas próprias ambições e podem escolher como criarem seus filhos em casa, sozinhas ou não, ou seja, sem abandonar suas próprias carreiras. Para as autoras o ponto crucial e mais contraditório entre o novo *momismo* e a mística feminina, é que na última existe “a insistência feminista de que as mulheres façam suas escolhas, sejam agentes ativos no controle de seu próprio destino e tenham autonomia” (Douglas e Michels, 2004, p.5). Enquanto a verdade é que o novo *momismo* repudia o feminismo, ou seja, ele se afasta do poder de escolha e de liberdade das mães pois nele as mães se dedicam aos filhos constantemente. As autoras explicam:

insiste que, se você quiser fazer qualquer outra coisa, é melhor provar primeiro que é uma mãe dedicada e totalmente envolvida antes de prosseguir. Essa não é uma exigência para os homens. O único recurso para as mulheres que querem ter uma carreira, ou fazer qualquer outra coisa além de ficar em casa com as crianças o dia todo, é provar que podem “fazer tudo” (Douglas; Michels, 2004, p. 34, tradução nossa)²⁷

Outro exemplo que afasta o feminismo do novo *momismo* vem da década de 1960, no seu segundo momento no Brasil. A introdução da pílula contraceptiva — que chegou no país

²⁶ Originalmente chamado de *new momism*, a expressão é de difícil tradução, indicando uma retomada da relação exclusiva e impossivelmente idealizada entre mãe e filho – uma “neo corujice”, talvez. Em 2004, Douglas e Michaels escreveram o livro *The mommy myth: the idealization of motherhood and how it has undermined all women*. Nele, de maneira muito divertida e leve, as duas autoras analisam as representações de maternidade nas mídias estadunidenses. O objetivo central do livro é desconstruir a promoção da ideia de que a maternidade é uma experiência necessária, louvável e divertida para todas as mulheres, ignorando completamente suas dificuldades e estresses (Valente, 2021, p. 84).

²⁷ insists that if you want to do anything else, you’d better prove first that you’re a doting, totally involved mother before proceeding. This is not a requirement for men. The only recourse for women who want careers, or to do anything else besides stay home with the kids all day, is to prove that they can “do it all” (Douglas, Michels, 2004, p. 34).

em 1962 — gerou a possibilidade de escolher quando ou não engravidar, contudo, aquelas que optavam por terem filhos, continuavam praticando a maternidade intensiva.

Um estudo de 2011 apresentado no Simpósio Nacional de História, pela historiadora Juliana Fleig Bueno, feito por meio de entrevistas com mulheres de idades entre 55 e 75 anos, na cidade de Curitiba, Paraná, que foram mães durante a década de 1960 e que viveram “manifestações pelos direitos das mulheres, a democratização no ingresso nas universidades, as inovações médicas e tecnológicas, os novos arranjos familiares que permitiram uma maior possibilidade de ação e autorrepresentação feminina” (Bueno, 2011, p. 8). Com o objetivo de preservar a memória das mães, Juliana as questionou sobre como eram seus cotidianos e maternidades, concluindo que elas reproduzem o mito da maternidade conceituado por Badinter (1965), pois se consideravam totalmente responsáveis pelos filhos. A referência principal continuava a ser a esfera doméstica, na qual trabalho e educação pareciam acessórios, sendo o casamento o verdadeiro horizonte para elas. Se definiram como mulheres-mães, mas tentaram ser além disso, trabalharam, estudaram e tomaram suas decisões, foram esposas e profissionais, se tornando assim, mães-elásticas (Bueno, 2011).

Abrindo a obra organizada por Tithi Bhattacharya, intitulada *Teoria da reprodução social: remapear a classe, recentralizar a opressão*, Nancy Fraser (2023) traz um cenário que coloca em xeque a maternidade intensiva e o novo momismo, contribuindo para o entendimento sobre a relação da maternagem com a contradição social do capitalismo, afinal, nos dois conceitos “estão embutidos a ideia de que as mulheres têm suas ambições e boa situação financeira, mas vivem nessa lógica de maternidade intensiva ou decidem ficar em casa por escolha” (Valente, 2021, p. 94).

Segundo Bhattacharya (*in* Fraser, 2023) o discurso da igualdade de gênero dos feminismos incentivou de forma indireta —desde o período pós-colonial— a imigração de mulheres de países mais pobres rumo aos mais ricos para preencher a lacuna do trabalho de cuidado com as crianças, idosos e famílias das mulheres que trabalhavam fora de seus lares por muitas horas. A autora faz uma ponte desse passado com a atualidade, apresentando empresas estadunidenses como *Apple* e *Facebook*, que incentivam “soluções” e ofertam gratuitamente o procedimento caro de congelamento de óvulos, com o objetivo de incentivar o adiamento da gravidez e conseqüentemente mais rendimento da empresa com mais tempo de força de trabalho das mulheres. Para as puérperas, ofertam coletadores e armazenadores de leite materno para administrá-lo posteriormente em mamadeiras pelas babás em suas casas, em um país que possui alta produção feminina e não possui licença-maternidade remunerada, com “um contexto de

extrema carência de tempo, as bombas de leite com copo duplo permitem manter as mãos livres são consideradas desejáveis, pois permitem coletar leite de ambos os seios ao mesmo tempo, enquanto as mulheres dirigem para o trabalho” (Fraser, 2023, p. 66).

Petra Bueskens (2001, p. 81) afirma que a primeira infância é um período de elevada dependência das crianças com suas mães. Por outro lado, tudo que as crianças precisam pode ser cumprido por todos que se propuserem ao trabalho de cuidado de maternagem, sem a negação da identidade da mãe diante de sua maternidade, porém, essa alternativa não acontece. Nesse sentido, a maternidade intensiva e o novo momismo negam o fato de que as mães possuem poucas escolhas pois é lhe recaída a agência, autonomia, poder, autoridade e independência com o discurso de que elas escolhem por meio de sua liberdade esse modo de viver e matinar (O’Reilly, 2021, p. 96).

Segundo Adriene Rich (2021), há dois tipos de maternidade na história para mulheres brancas: uma condiz ao ato de gestar, parir e cuidar das crianças. E outra, que garante que toda essa potência esteja nas mãos dos homens, sobrepondo valores patriarcais sob essa maternidade e assim a tornando profundamente opressiva para as mães. Ou seja, existe uma carga ideológica que a transforma a maternidade em instituição ditatorial denominada por Rich (2021) de maternidade patriarcal.

Para a autora, a maternidade como uma instituição patriarcal não é uma condição, mas existe tal qual o estupro, a prostituição ou a escravidão (Rich, 2021, p. 195). Já para O’Reilly, a definição de maternidade patriarcal está atrelada a todas essas marginalizações da maternidade diante das mulheres mães, apontando:

A maternidade patriarcal tornou-se o significado oficial da maternidade e, como tal, marginaliza e torna ilegítimas práticas alternativas de maternidade. Como discurso normativo, policia a maternidade de todas as mulheres e resulta na patologização daquelas mulheres que não realizam ou não podem realizar a maternidade normativa. Por fim, a instituição patriarcal da maternidade, como discurso normativo, restringe o poder das mulheres de desafiar e mudar a opressão de sua experiência de maternidade (O’Reilly, 2021, p. 58, tradução nossa).²⁸

²⁸ Patriarchal motherhood has become the official meaning of motherhood, and as such, it marginalizes and renders illegitimate alternative practices of mothering. As a normative discourse, it polices all women’s mothering and results in the pathologizing of those women who do not or cannot perform normative motherhood. Finally, the patriarchal institution of motherhood, as a normative discourse, restrains women’s power to challenge and change the oppressiveness of their motherhood experience (O’Reilly, 2021, p. 58).

Logo, para O'Reilly maternidade patriarcal é todo o conjunto de pressupostos que fazem da maternidade uma instituição: como a maternidade normativa, intensiva e do novo momismo, que privam, individualizam, essencializam e julgam as mães como boas ou más.

Para demonstrar o quanto a cultura patriarcal tornou a maternagem opressiva às mulheres, O'Reilly (2016) criou os “dez pressupostos da maternidade patriarcal” (O'Reilly, 2016, p. 187-188). Segundo Maria Collier de Mendonça (2014, p. 27), eles são definidos a partir dos conceitos de:

- a) Essencialização: pois posiciona a maternidade como a base ou fundamento da identidade feminina.
- b) Privatização: situando o trabalho materno exclusivamente nas esferas reprodutiva e doméstica.
- c) Individualização: que de maneira parecida, faz com que a maternagem se torne um trabalho de responsabilidade de uma única pessoa, logo, a mãe.
- d) Naturalização: pressupondo que a maternidade é natural às mulheres, que possuem instinto e hábito que não envolve inteligência, aprimoramento e qualificações.
- e) Normalização: que restringe as identidades e práticas maternas a um modelo específico de núcleo familiar, no qual a mãe é a esposa e principal cuidadora dos filhos, sendo que o marido encarna o papel de provedor financeiro.
- f) Biologização: que valida os laços sanguíneo e considera a mãe biológica como autêntica e verdadeira.
- g) Especialização e intensificação: relacionam a maternidade com a necessidade de gastos excessivos na maternagem e ao conceito de maternidade intensiva de Sharon Hays e novo momismo de Susan Douglas e Meredith Michels.
- h) Idealização: que estabelece modelos maternos inatingíveis, reforçando as expectativas sobre si mesmas e sobre a sociedade.
- i) Despolitização: considera a criação dos filhos apolítica, competindo a esfera privada, portanto, sem interferência de meios políticos sociais.

Os dez pressupostos da maternidade patriarcal enfraquecem as dificuldades da maternagem, mascaram as complexidades da conciliação entre trabalho materno e remunerado, fora do lar. Isolam o cuidado das crianças a cargo das mães, as deixando sobrecarregadas,

culpadas, fatigadas, por assumirem muitas vezes a responsabilidade da maternagem sozinhas (Mendonça, 2014, p. 28-29).

Para combater a maternidade patriarcal e seus pressupostos, O'Reilly (2016) engendrou uma prática denominada de maternidade feminista. Ela consiste em inserir ideais feministas no ato de maternar²⁹ e nas manifestações maternas, ou seja, as mães devem reconhecer que os problemas da maternidade são históricos e políticos, considerando que os papéis tradicionais de gênero impostos sobre a maternagem foram os mesmos atribuídos a elas:

Nos meus escritos, utilizo o termo maternidade feminista para me referir a um discurso de oposição à maternidade, que é construído como uma negação da maternidade patriarcal. Uma prática feminista de maternidade funciona, portanto, como uma contra-narrativa da maternidade: procura interromper a narrativa principal da maternidade para imaginar e implementar uma visão da maternidade que empodere as mulheres. A maternidade feminista é, portanto, determinada mais pelo que não é (isto é, a maternidade patriarcal) do que pelo que é. A maternidade feminista pode referir-se a qualquer prática de maternidade que procure desafiar e mudar vários aspectos da maternidade patriarcal que fazem com que a maternidade seja limitante ou opressiva para as mulheres (O'Reilly, 2021, p. 168, tradução nossa).³⁰

Exemplos externos que contribuem para uma maternidade feminista, são as ações políticas que invocam a maternidade como sua base. Como organizações existentes na Austrália e de Toronto denominada *Mothers Movement Online*, *Mothers Acting Up* e *Mothers Ought to Have Equal*. As duas primeiras tratam de mudanças sociais na vida das mães, debatendo a importância da inclusão de mães por outras mães para conquistarem objetivos em comum. E a última, trabalha a partir de uma perspectiva de igualdade de direitos dentro da maternagem, incluindo a divisão dos cuidados com os filhos.

Isso porque, O'Reilly (2021) enxerga a pauta da maternagem (ação de cuidar dos filhos) como uma prioridade. Ela parte do entendimento de que a mulher pode e deve escolher como maternar e que a maternidade patriarcal precisa ser combatida, por exemplo, com auxílios de vizinhas, amigas, familiares, creches, cuidadores, pais, genitores e parceiros, levando em consideração que o ato de maternar não precisa ser exatamente realizado por mães biológicas e

²⁹ Como por exemplo, educando filhos meninos para o trabalho de cuidado e as meninas para serem cientistas ou o que desejarem, ou em outras desconstruções de masculinidades que incentivam as práticas da cultural patriarcal.

³⁰ In my writing, I use the term feminist mothering to refer to an oppositional discourse of motherhood, one that is constructed as a negation of patriarchal motherhood. A feminist practice of mothering, therefore, functions as a counter-narrative of motherhood: it seeks to interrupt the master narrative of motherhood to imagine and implement a view of mothering that is *empowering* to women. Feminist mothering is, thus, determined more by what it is not (i.e., patriarchal motherhood) rather than by what it is. Feminist mothering may refer to any practice of mothering that seeks to challenge and change various aspects of patriarchal motherhood that cause mothering to be limiting or oppressive to women (O'Reilly, 2021, p. 168).

nem precisa de tempo, energia e dinheiro excessivo. Ela acredita que maternagem pode ser realizada por qualquer pessoa que se comprometa com as exigências e demandas de uma criança (O'Reilly, 2019, p. 66).

Nesse contexto de combate à maternidade patriarcal, observamos a ausência do termo políticas públicas nas duas edições dos livros que conceituam o feminismo matricêntrico. Isso porque, Andrea é graduada em língua inglesa e seus estudos são voltados para crítica teórica e literária. Por outro lado, ela afirma que muitas mulheres:

resistem à maternidade patriarcal para ter, nas palavras de uma mulher, “uma qualidade de vida maior, ou nas palavras de outra mãe, para se tornar uma mãe melhor para meus filhos. As razões para sua resistência são mais pessoais do que políticas e, como consequência, não são desenvolvidas a partir de uma consciência de como a maternidade funciona como uma instituição cultural ou ideológica para oprimir as mulheres na sociedade patriarcal. Essas mães resistem à maternidade patriarcal simplesmente para tornar a experiência de ser mãe mais gratificante para elas e seus filhos. Na medida em que esse objetivo desafia o mandato patriarcal de abnegação maternal, sacrifício e martírio, essas mães resistem em exigir mais tempo para si mesmas e apoio de outras. No entanto, essas demandas não se originam de um desejo feminista de dismantlar uma instituição patriarcal (O'Reilly, 2021, p. 174, tradução nossa)³¹

Dessa forma, ela chama atenção para que o dismantelamento da maternidade patriarcal, seja feito primeiramente pela luta feminista:

As feministas estão comprometidas em desafiar e transformar essa desigualdade de gênero em todas as suas manifestações — sejam elas culturais, econômicas, políticas, filosóficas, sociais, ideológicas, sexuais e assim por diante. Além disso, a maioria dos feminismos (incluindo o meu) busca dismantlar outros sistemas binários hierárquicos, como raça (racismo), sexualidade (heterossexismo), economia (classismo) e capacidade (capacitismo) (O'Reilly, 2021, p. 175, tradução nossa).³²

³¹ resist patriarchal motherhood in order to have, in the words of one woman, "a higher quality of life, or in the words of another mother, to become a better mother to my children. The reasons for their resistance are more personal than political and, as a result, are not developed from an awareness of how motherhood functions as a cultural or ideological institution to oppress women in patriarchal society. These mothers resist patriarchal motherhood simply to make the experience of being a mother more rewarding for themselves and their children. To the extent that this goal challenges the patriarchal mandate of maternal self-denial, sacrifice and martyrdom, these mothers resist demanding more time for themselves and support from others. However, these demands do not stem from a feminist desire to dismantle a patriarchal institution (O'Reilly, 2021, p. 174).

³² Feminists are committed to challenging and transforming this gender inequality in all its manifestations - be they cultural, economic, political, philosophical, social, ideological, sexual and so on. In addition, most feminism (including mine) seek to dismantle other hierarchical binary systems, such as race (racism), sexuality (heterosexism), economics (classism) and ability (ableism) (O'Reilly, 2021, p. 175).

Segundo, por meio do reposicionamento do assunto maternidade de um patamar privado para o público, com políticas sociais que não reforçam o neoliberalismo na vida das mães, pois para O'Reilly (2021) ele promove a maternidade intensiva:

O trabalho das mulheres é tão mal remunerado que elas são a maioria das pessoas pobres no mundo e isso só piora com as políticas neoliberais. Enquanto o neoliberalismo identifica as mulheres apenas como agentes econômicos, o trabalho de maternidade ainda deve ser realizado e é de fato essencial para a reprodução de futuras trabalhadoras neoliberais. No entanto, devido ao compromisso neoliberal de reduzir despesas estatais, como licença maternidade remunerada e cuidados infantis, as mães ficam sem sistemas de apoio. Apesar do potencial emancipatório dentro da “feminização da sociedade”, o neoliberalismo continua sendo um paradigma inerentemente masculino em termos de quem controla os ativos de capital (Giles apud O'Reilly, 2021, p. 92, tradução nossa).³³

Sobre as políticas neoliberais criticadas por O'Reilly (2021), Hofling (2001) explica:

Para os neoliberais, as políticas (públicas) sociais – ações do Estado na tentativa de regular os desequilíbrios gerados pelo desenvolvimento da acumulação capitalista – são consideradas um dos maiores entraves a este mesmo desenvolvimento e responsáveis, em grande medida, pela crise que atravessa a sociedade. A intervenção do Estado constituiria uma ameaça aos interesses e liberdades individuais, inibindo a livre iniciativa, a concorrência privada, e podendo bloquear os mecanismos que o próprio mercado é capaz de gerar com vistas a restabelecer o seu equilíbrio. Uma vez mais, o livre mercado é apontado pelos neoliberais como o grande equalizador das relações entre os indivíduos e das oportunidades na estrutura ocupacional da sociedade (Hofling, 2001, p. 37).

Ainda sobre o combate à maternidade patriarcal, no Brasil, entramos nos movimentos maternos que não devem ser entendidos como feminismos matricêntricos. Mas não menos importantes, neles, as mães podem e devem lutar pela implementação de um modo de maternidade que mitigue as muitas maneiras pelas quais a maternidade patriarcal as oprime, tanto discursiva quanto materialmente, as regulando e restringindo. (O'Reilly, 2021, p. 102).

³³ Women's work is so poorly paid that they are the majority of poor people in the world, and this is only made worse by neoliberal policies. While neoliberalism identifies women only as economic agents, the work of motherhood must still be carried out and is in fact essential for the reproduction of future neoliberal workers. However, due to the neoliberal commitment to reducing state spending, such as paid maternity leave and childcare, mothers are left without support systems. Despite the emancipatory potential within the “feminization of society”, neoliberalism remains an inherently masculine paradigm in terms of who controls capital assets (Giles apud O'Reilly, 2021, p. 92).

A exemplo está o *Mamaço*, realizado em agosto de 2016, onde as mães foram às ruas³⁴ com seus bebês para amamentarem, em São Paulo, Brasília, Manaus e outras capitais, ocupando praças e locais públicos para incentivarem a desconstrução do preconceito contra o aleitamento materno, no viés de outra manifestação iniciada na França em 2006, intitulado *Hora do Mamaço*. Além disso, elas exigiram o direito da amamentação em lugares públicos, com punição aos constrangimentos. Incentivadas pelo quarto momento do feminismo no Brasil, no qual, no mês de janeiro do mesmo ano, uma foto de Manuela D'Ávila, deputada federal eleita pelo Rio Grande do Sul, amamentando sua filha no congresso nacional, esteve nas redes sociais, blogs e jornais como o *El País*, levantando a necessidade do debate sobre o tema. (Agência Brasil, 2018, s/p).

O Movimento Social Mães em Luto da Zona Leste de São Paulo é outro caso análogo. Ele foi criado em 2016 e construído por mães que buscam a investigação sobre a morte dos seus filhos e de outros jovens por parte do Estado. Elas participam de reuniões com o Ministério Público e Defensoria Pública para expor suas necessidades e da comunidade, como apoio psicológico, jurídico e combate à vulnerabilidade social (Fundo Brasil, 2024, s/p).

Outros exemplos de movimentos maternos são as Mães da Plaza de Mayo, Outra Mãe pela Paz, Mães são Mulheres, Rede Internacional de Mães e Maternidade. Os brasileiros como o Clube das Mães, criado durante a ditadura militar, e os atuais como as Mães de Manguinhos, Mães de Leste, Mães de Maio e também alguns estudos acadêmicos³⁵ — que citam teorias maternas e buscam fornecer conhecimento às mães sobre a discriminação, culpabilização e injustiças — eles são práxis consideráveis, mas lutam por objetivos isolados³⁶, enquanto o feminismo matricêntrico convida o olhar global à categoria mãe.

³⁴ A motivação do encontro surgiu após a antropóloga Marina Barão, 29 anos, ser proibida de amamentar um dos dois filhos [Francisco, 3 meses, e Antonio, 2 anos] em uma exposição de arte no espaço cultural, em março de 2011. A funcionária do local disse que era norma da instituição não permitir que pessoas se alimentassem no espaço. O evento reuniu cerca de 30 mães e seus filhos lactentes.

³⁵ O *Parent in Science* surgiu com o intuito de levantar a discussão sobre a parentalidade dentro do universo da academia e da ciência. Segundo eles, iniciamos nossas ações para preencher um vazio, de dados e de conhecimento, sobre uma questão fundamental: o impacto dos filhos na carreira científica de mulheres e homens. Desde nossa criação, apresentamos dezenas de seminários e palestras em diferentes cidades, levando para todo o Brasil a discussão sobre maternidade e carreira: “Fomos pioneiras no levantamento de dados para avaliar, profundamente, as consequências da chegada dos filhos na carreira científica de mulheres e homens, em diferentes etapas da vida acadêmica. Realizamos um levantamento extensivo sobre os impactos da pandemia de COVID-19 na vida de cientistas aqui no Brasil. Nossas ações levaram a mudanças concretas no cenário científico brasileiro, trazendo a maternidade para o centro da discussão. Hoje, diferentes editais de financiamento consideram os períodos de licença-maternidade na análise de currículos” (Parent in Science, s.d, s/p).

³⁶ Nesse sentido, Soares (1998, p. 36) vai nos chamar a atenção para o fato de que, para além do feminismo em si, a denominação “movimento de mulheres” abarcava um conjunto mais ampliado de grupos femininos que lutavam por temas que se relacionavam ao universo simbólico e material de referência das mulheres, nem todos declaradamente “feministas” (a exemplo dos grupos vinculados às Comunidades Eclesiais de Base da Igreja

Diante do exposto, tendo consciência que os feminismos possuem diversas perspectivas, como a liberal, socialista, marxista, negra, radical e outras, O'Reilly (2021), deixa claro que o matricêntrico também reconhece que as culturas patriarcais dão privilégios aos homens e ao masculino se ancorando na opressão às mulheres, por isso, afirmando que os feminismos esqueceram de olhar as mulheres mães como uma categoria distinta entre as mulheres (O'Reilly, 2021, p. 225).

Portanto, o movimento materno se diferencia do ativismo da maternidade feminista, pois o primeiro luta por situações isoladas dentro da maternidade. Já sobre o segundo, são mães feministas que buscam igualdade de gênero dentro de suas maternagens. A autora esclarece:

As feministas estão empenhadas em desafiar e transformar esta desigualdade de gênero em todas as suas manifestações – sejam elas culturais, econômicas, políticas, filosóficas, sociais, ideológicas, sexuais, e assim por diante. Da mesma forma, a maioria dos feminismos (incluindo o meu) procuram dismantlar outros sistemas binários hierárquicos, tais como raça, (racismo), sexualidade (heterossexismo), economia (classismo) e capacidade (capacidade). Uma mãe feminista, portanto, no contexto desta definição de feminismo, desafia o privilégio e o poder masculino na sua própria vida e na vida dos seus filhos. Na sua própria vida, a mãe insistiria na igualdade de gênero em casa e numa vida e identidade fora da maternidade (O'Reilly, 2021, p. 175, tradução nossa)³⁷.

Além disso, o enquadro de ideais feministas na maternidade e para além dos ativismos, são realizados quando as mães violam a maternidade patriarcal, por exemplo, ao educarem seus filhos e filhas ensinando que todos os gêneros devem possuir os mesmos direitos na sociedade. E quando entendem que o patriarcado é prejudicial a elas e aos seus filhos, cobrando a presença dos pais, da família, do Estado e da sociedade de forma efetiva nas vidas das crianças, quebrando o desafio cultural imposto pela desigualdade de gênero.

O'Reilly (2021) descreveu outros exercícios da maternidade feminista:

uma maternidade fora das relações heterossexuais; viver longe do pai e ser mãe sozinha; rejeitar o papel de esposa esperado das mães; renunciar à crença

Católica). Foi em um momento específico do país, quando parte substantiva dos grupos de esquerda se encontrava combatido e enfraquecido, que a reação política partiu do lugar inesperado – os novos movimentos sociais e as organizações políticas lideradas por mulheres.

³⁷Feminists are committed to challenging and transforming this gender inequity in all of its manifestations—whether they are cultural, economic, political, philosophical, social, ideological, sexual, and so forth. As well, most feminisms (including my own) seek to dismantle other hierarchical binary systems, such as race, (racism), sexuality (heterosexism), economics (classism) and ability (ableism). A feminist mother, therefore, in the context of this definition of feminism, challenges male privilege and power in her own life and in the life of her children. In her own life, the mother would insist on gender equality in the home and on a life and identity outside of motherhood (O'Reilly, 2021, p. 175)

de que as mães são totalmente responsáveis pelo caráter da criança; desafiar a suposição de que as mães criam os seus filhos de acordo com as expectativas patriarcais; desenvolver estilos feministas de criação dos filhos; criando outros modelos de família; (O'Reilly, 2021, p. 170-171, tradução nossa).³⁸

Considerando os ativismos da maternidade feminista são práticas efetivamente possíveis contra a maternidade patriarcal, no ano de 2016, Andrea O'Reilly criou o feminismo centrado nas mães e o denominou de feminismo matricêntrico, delegando então um termo político, declaradamente feminista, para o que era até então o “indizível do feminismo, o problema sem nome aceitável” (O'Reilly, 2021, p. 136, tradução nossa)³⁹.

Não para substituir os feminismos já existentes, mas para enfatizar que as mães são uma categoria distinta das mulheres que não são mães por possuírem demandas cotidianas diferentes. E porque também são oprimidas pelo patriarcado não simplesmente por serem mulheres, mas também por serem mães.

Assim, apesar da pluralidade dos movimentos feministas e das teorias voltadas para as maternidades já existentes, como a teoria da reprodução social⁴⁰ e a economia do cuidado⁴¹, o feminismo matricêntrico se torna essencial à sociedade e às mães à medida em que ele cobra um olhar específico para elas diante dos problemas sociais que afetam essa parcela de mulheres.

A autora traz de forma gracejada, que quando se perguntam em direitos civis para as mães logo se pensam: licença-maternidade e creche (O'Reilly, 2021). Mas no caso do Brasil, de acordo com pesquisas do IBGE (2022), os maiores problemas das mães são: acesso ao trabalho

³⁸ “mothering outside of heterosexual relationships; living apart from the father and mothering alone; rejecting the wife role expected of mothers; renouncing the belief that mothers are totally responsible for the character of the child; challenging the assumption that mothers will raise their children according to patriarchal expectations; developing feminist styles of childrearing; creating other models for family” (O'Reilly, 2021, p. 170-171).

³⁹ “the motherhood movement, appears to be “the problem with no name” (O'Reilly, 2021, p. 136).

⁴⁰ A luta de classes sobre as condições de produção representa a dinâmica central do desenvolvimento social nas sociedades caracterizadas pela exploração. Nestas sociedades, o trabalho excedente é apropriado por uma classe dominante e uma condição essencial para a produção é a renovação de uma classe subordinada de produtores diretos comprometidos com o processo laboral. Normalmente, a reposição geracional fornece a maioria dos novos trabalhadores necessários para repor essa classe e a capacidade das mulheres para ter filhos tem um papel decisivo na sociedade de classes. Nas classes proprietárias a opressão das mulheres flui do seu papel na manutenção e na herança da propriedade nas classes subordinadas a opressão feminina deriva do envolvimento das mulheres no processo que renova os produtores diretos, assim como de seu envolvimento na produção. Portanto a reprodução social acontece por atividades que regeneram a trabalhadora fora do processo de produção e que a permitem regressar a ele, por atividades que mantêm e regeneram aos não trabalhadores fora do processo de produção e reproduzindo novos trabalhadores, através do parto (Vogel, 2013, p.129).

⁴¹ As tarefas relativas aos cuidados geram bens e serviços e, portanto, riqueza, mesmo quando este trabalho é não remunerado. O passo importante da incorporação dos cuidados no conceito econômico de trabalho é a visibilização de seu valor e a consequente inclusão desse valor às estatísticas do produto agregado da economia. (Melo e Morandi, 2020, p. 3). Por isso, ainda que não seja remunerado, a garantia dos cuidados implica trabalho. Assim, o cuidado - como trabalho de cuidados - se integrou à teoria econômica feminista.

informal, desemprego no retorno ao trabalho após cumprir a licença-maternidade, insegurança alimentar e acesso à educação sexual e contraceptivos.

Além disso, basta observarmos, a título de exemplo, a violência doméstica no país. As pesquisas mostram que 80% das mulheres que sofreram uma agressão com faca ou arma de fogo dentro de casa também são mães. Além disso, 64% dos filhos testemunharam essa agressão (Fórum de Segurança Pública, 2021, s/p).

Segundo o Instituto Brasileiro de Direito e Família, em 2024, os dados do Portal da Transparência, da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (Arpen), apontaram que 91 mil crianças foram registradas sem o nome do pai no Brasil. Em 2023, os números já eram altos, contabilizando “97,2 mil crianças. Ao averiguar desde o início do levantamento, em 2016, a quantidade de crianças sem o nome do pai na certidão de nascimento sobe para 1.283.751 em todo o país” (IBDFAM, 2024, s/p).

Todavia, não receber o sobrenome do genitor não significa ser mãe solo. Esse arranjo de maternagem pressupõe criar o filho de forma monoparental, podendo ser divorciadas, solteiras ou viúvas, assumindo a maior parte das responsabilidades de cuidado, financeira e afetiva. Uma pesquisa divulgada em 2023 pelo jornal *Folha de São Paulo*, feita pelo *DataFolha* em 147 cidades, apontou que 7 em cada 10 mulheres no país são mães e 55% delas possuem maternagem solo. Ao que se refere a elas, 18% estão desempregadas e 44% sobrevivem com até R\$ 1.212 por mês. Segundo o IBGE (2018, p. 60) 56,9% das mães solas vivem em situação de pobreza, e se é uma mulher preta ou parda, a incidência de pobreza sobe ainda mais, para 64,4% (Folha de São Paulo, 2023, s/p).

Outro dado importante que requer um olhar específico para as mães, se refere aos estudos. Das mulheres sem filhos apenas 9% estudaram até o nível fundamental e 36% ingressaram na universidade. Entre as que são mães, 28% das mulheres com filhos até 12 anos têm o ensino fundamental completo e 42% que completaram o ensino fundamental possuem com filhos jovens de 13 a 17 anos. Em contrapartida, em relação ao ensino superior, apenas 17% das mães completaram seus estudos (Folha de São Paulo, 2023, s/p).

As mães atípicas, ou seja, que possuem algum tipo de deficiência, e aquelas com uma maternidade atípica, que possuem filhos neuroatípicos, com alguma deficiência física ou intelectual ou doença rara, também representam a sociedade brasileira. O Instituto Baresi, mostrou em 2022 que 78% dos pais abandonaram as mães de crianças com deficiência e doenças raras antes de os filhos completarem cinco anos de idade (Câmara dos deputados, 2023, s/p). Apesar da existência da Lei de Inclusão nº 13.146/2015 que prevê a inclusão social da

pessoa com deficiência, no que tange especificamente a maternidade nessa modalidade, há uma invisibilidade devido às poucas e recentes discussões de projetos de leis que as beneficiam. Como o PL 2697/2024, que institui uma política de incentivo para a contratação da mãe atípica, que está em análise na Câmara dos Deputados e a recém-aprovada Lei nº 561/2024, que institui a Semana da Maternidade Atípica no Brasil.

A relevância e necessidade da luta feminista está comprovada por dados estatísticos que demonstram o quão cruel ainda é a diferenciação de tratamento, comportamentos e expectativas sociais depositadas em homens e mulheres, assim como a permanência estrutural da divisão sexual e racial do trabalho, relações sociais que possuem uma base material e não puramente ideológica, tomando corpo nas instituições e legislações que as legitimam (Kergoat *apud* Tenório, 2017, p. 100).

Logo, os dados comprovam que para além de uma teoria feminista, o feminismo matricêntrico é essencial à sociedade pois se diferencia dos outros feminismos quando torna a mulher mãe e a maternidade um campo de luta com elementos específicos para ações políticas onde as principais atrizes são marginalizadas pela maternidade patriarcal.

Nesse sentido, ao afirmar a necessidade de um olhar diferenciado e cuidadoso às mães, é necessário indagar: um feminismo para mães, mas para quais mães? Por isso, as questões de raça, gênero, culturas e classes sociais variadas devem ser apontadas dentro da análise matricêntrica.

1.1 Feminismo Matricêntrico e interseccionalidade: uma contra-narrativa

O'Reilly traz as maternidades interseccionais somente na segunda edição de seu livro *Feminismo Matricêntrico: teoria, ativismo e prática*, lançado em 2021. Ela afirma que por si só, as maternidades negras, indígenas, *queers*, lésbicas, solos ou monoparentais, transexuais, não-binárias e todas as que não são consideradas tradicionais com pai, mãe e filhos, são uma contra-narrativa da maternidade patriarcal, o que significa que elas a infringe no que tange à maternidade biológica e compulsória, resistindo assim também a maternidade normativa. (O'Reilly, 2021, p. 101).

As maternidades interseccionais são contrárias ao que a antropóloga Marilyn Strathern descreve ao afirmar que “a maternidade se estabelece tradicionalmente com a mãe dando à luz,

enquanto a paternidade o é pela prova de relações sexuais com a mãe” (Strathern, 1995, p. 303), ou o que Miriam Peskowitz (2005) denominou de família neotradicional.

A maternagem *queer*, narrada pela professora Maria Collier de Mendonça é um exemplo de maternidade não patriarcal:

os estudos da maternagem *queer* enfatizam que nem todas as mães são mulheres, portanto, não existe uma só maneira de se criar uma família. Nessa perspectiva, o desejo e a habilidade para se praticar a maternagem independem de fatores biológicos (sexo, parentesco). Por consequência, ambos trabalhos evidenciam a existência das múltiplas identidades maternas, diferentes experiências de maternagem e formações familiares. (Mendonça, 2021, p. 56)

Para entender as maternidades negras e indígenas como não patriarcais aos olhos do feminismo matricêntrico, é necessário partir do princípio de que a análise de O’Reilly é feita sobre as mães afro-americanas, com dados de países da África Ocidental, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Reino Unido, portanto, não engloba fontes brasileiras.

Segundo Collins (2007), que procura seguir a teorização proposta por O’Reilly, a maternidade negra desde sua origem é política, um local e um símbolo de resistência para as mães. Na África Ocidental, os arranjos familiares eram matrifocais, ou seja, o vínculo entre mães e filhos é valorizado na figura da mulher mãe como provedora do lar, pois cabia a elas o sustento deles e da família, ficando o trabalho de cuidado com filhos e crianças da aldeia para as avós e bisavós. Portanto, o apoio econômico da aldeia ou comunidade não era apenas dos maridos como único provedor e para as mães não havia uma distinção ou divisão entre o trabalho público e privado, pois ambos eram focados nas aldeias e na interdependência dessas comunidades (Collins, 2007 p. 314-317).

Esta tradição das mães diante das comunidades deu origem à prática da “outra maternidade, em que a sobrevivência do conceito é inerente à sobrevivência do povo negro como um todo, uma vez que permitiu a prestação de cuidados a familiares alargados e a relações não consanguíneas” (Edwards, 2000, p. 80).

Stanlie James (1999) denominou essa mesma estrutura coletiva de ajuda entre mulheres e mães de *Othermothering* e *Community Mothering*, ou seja, outras mães e mães da comunidade⁴², enquanto Collins em seu livro *Pensamento Feminista Negro* denominou de maternidade das mães de criação ou segundas mães:

⁴² “*othermothering*” como “aceitação da responsabilidade por uma criança que não é sua, em um acordo que pode ou não ser formal.” Outras mães geralmente cuidam das crianças, enquanto as “mães da comunidade”, como explica Njoki Nathani Wane, “cuidam da comunidade [por] mulheres [que] normalmente já passaram da idade fértil”. O papel das mães da comunidade, como observa Arlene Edwards, “muitas vezes evoluiu de ser outras

Além disso, as segundas mães e mães de sangue têm organizado redes de maternagem comunitária para tomar responsabilidade de crianças órfãs, filhas de mães jovens, nascidas em contextos de miséria, crianças cujas primeiras mães são viciadas em drogas ou que por outras razões não podiam contar com o cuidado de familiares consanguíneos (Collins, 2000, p. 315).

Collins (2000) afirma que essas práticas maternais foram mantidas e desenvolvidas por mães afro-americanas. Nos países anglo-saxões pós-colonialistas, o racismo, a falta de estudos e de empregos — herdados do período da escravização — são grandes problemas para as mulheres negras, que diante da necessidade de trabalhar fora do lar, geralmente como babás e domésticas das mulheres brancas, deixavam os filhos também sob os cuidados das avós, amigas e vizinhas da mesma comunidade negra, para que toda a afirmação cultural africana fosse perdurada.

Segundo Davis (2016) o lar era “o único espaço em que podiam vivenciar verdadeiramente suas experiências como seres humanos, não sendo tratadas como meras donas de casa, tal qual as brancas” (Davis, 2016, p. 29).

Nos limites da vida familiar e comunitária, portanto, a população negra conseguia realizar um feito impressionante, transformando a igualdade negativa que emanava da opressão sofrida como escravizadas/os em uma qualidade positiva: o igualitarismo característico de suas relações sociais (Davis, 2016, p. 30).

Durante o período de escravização, muitas mães negras cometeram suicídio, além de matarem seus filhos para não terem os mesmos destinos delas ou “eram levadas a defendê-los pela repulsa veemente à escravidão. A origem de sua força não era um poder místico vinculado à maternidade, mas sim nas experiências delas enquanto mães e escravizadas” (Davis, 2016, p. 40-41).

Portanto, ao se questionar se a maternidade patriarcal esteve presente na vida das mães negras deste período, O’Reilly (2021) concluiu que ela não existiu, pois enquanto para as brancas a maternidade era entendida por elas como trabalho intensivo, para as negras, a aliança entre o trabalho fora e dentro do lar era uma forma de amor preservador — no sentido de resistência aos problemas existentes, com o objetivo de nutrir e manter a comunidade —

mães”. James argumenta que *othermothering* e maternidade comunitária se desenvolveram a partir, nas palavras de Arlene Edwards, práticas da África Ocidental de estilos de vida comunitários e interdependência das comunidades (O’Reilly, 2016, p. 83, tradução nossa).

garantindo o abrigo, a vida e a sobrevivência dos filhos delas e de outras mães, por isso, o lar era um lugar subversivo (bell hooks, 2015, p. 42). Fora dele, elas eram oprimidas, violentadas e tinham baixos salários, sem “sequer tempo ou paciência para afeição. E ainda assim muitas filhas negras amam e admiram suas mães e são convencidas de que suas mães as amaram verdadeiramente” (Collins, 2000, p. 187). Esse reconhecimento, faz juz ao título da obra de Cecelie Berry (1999) denominada *Lar é onde está a revolução*. Nesse contexto, O’Reilly (2016) afirma que “em contraste, o trabalho materno confere autoridade e centralidade às mães afro-americanas, as mulheres nesta cultura são empoderadas precisamente porque são mães” (O’Reilly, 2016, p. 116, tradução nossa)⁴³.

Andrea O’Reilly completa seu pensamento não escondendo que apesar da cultura do *othermothering*, há muito tempo elas são marginalizadas e impedidas de criarem seus filhos em um ambiente saudável — por vezes são impedidas de terem filhos devido aos ambientes inseguros — pois existem esforços institucionalizados para punir ou negar a maternidade às mulheres que a desejam e que estas mesmas mulheres negras são também mais vulneráveis à recusa do Estado em garantir as condições sociais e os recursos necessários para autodeterminação e tomada de decisão autônoma (O’Reilly, 2021, p. 17).

Nesse sentido, O’Reilly (2021) cita o relatório de uma pesquisa sobre mulheres negras do Reino Unido e dos Estados Unidos, feita em 2018 por Candice Brathwaite:

Mulheres negras britânicas têm cinco vezes mais probabilidade de morrer no parto do que qualquer outra raça e que os bebês negros têm um risco de 121% maior de serem natimortos. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (EUA) relata de forma semelhante que, entre 2007 e 2016, as mães negras morreram a uma taxa 3,2 vezes maior que a das mães brancas, enquanto o Centro Nacional de Estatísticas dos EUA de 2018 mostra que as mulheres negras morreram de causas maternas 2,5 vezes mais frequentemente do que mulheres brancas (O’Reilly, 2021, p. 17, tradução nossa)⁴⁴.

Outra justificativa para a maternidade negra não ser patriarcal, parte do pressuposto de que a política de segregação nos Estados Unidos fez com que as mães negras continuassem

⁴³“ In contrast, motherwork accords African American mothers authority and centrality; women in this culture are empowered precisely because they are mothers”. (O’Reilly, 2016, p. 116).

⁴⁴ “Black British women are five times more likely to die in childbirth than any other race and that Black babies have a 121 per cent increased risk of being stillborn. The Center for Disease Control and Prevention in the United States (US) similarly reports that between 2007 and 2016, Black mothers died at a rate of 3.2 times that of white mothers, whereas the 2018 (US) National Center for Statistics shows that Black women died of maternal causes 2.5 times more often than white women.” (O’Reilly, 2021, p.17).

lutando para proteger seus filhos e filhas diante da vulnerabilidade⁴⁵, ou seja, apesar dos problemas sociais e raciais perdurados, é necessário levar em consideração as ações políticas desenvolvidas por elas.

A educadora brasileira Dagmar Meyer (2005) denomina essas ações de politização da maternidade, o antropólogo brasileiro Roberto Efreim (2017) nomeia de maternagem da ação política, e Hill Collins (2000) nomeia essas ações de maternidade ativista, exemplificando:

Similarmente, uma mãe negra me abordou depois de uma fala que dei em uma universidade na área de Detroit. Carregando seus dois filhos, um menino de dez anos e uma menina de cinco, ela descreveu os desafios que surgiram após deixar o casamento e se mudar de volta para Detroit como mãe solo. Ao descrever as limitações das suas crianças na nova escola, essa mãe compartilhou a terrível história de como um colega de turma apontou uma arma na cabeça do seu filho. Apesar da situação, a mulher disse que não iria se mudar – ela iria ficar e lutar. Certamente, as ações dela podem ser vistas como uma luta por suas próprias crianças. Mas ela nitidamente entendeu que a maternidade poderia ser um símbolo de poder naquele contexto. A maternidade a politizou (Collins, 2000, p. 194).

Logo, diante de um passado escravagista e de um racismo persistente, conseguir criar, nutrir e educar os filhos, se torna um ato radical e de resistência, pois “desafia e rompe a negação cultural e a depreciação do trabalho materno e do amor materno das mulheres racializadas (O’Reilly, 2021, p. 18, tradução nossa)⁴⁶.

Já no Brasil, não houve uma política de segregação racial explícita como no seu vizinho nortenho. Com isso, Lélia Gonzalez (1964) expõe uma falsa superação da hierarquização racial por meio da tentativa de braqueamento e do mito da democracia racial⁴⁷, como por exemplo, na utilização da imagem de mulheres negras e felizes no carnaval, ligadas à exposição de corpos

⁴⁵ Collins (2000), demonstra os velhos problemas que ainda preocupam mães afro-americanas: o cuidado de crianças diante da demanda por trabalho, geralmente trabalhos domésticos mal pagos, em casas de famílias brancas, sob condições que expõem mulheres negras ao assédio sexual e ameaças; o oferecimento de má educação pública para crianças negras; instituição de políticas de segregação racial; a emergência de bairros negros estratificados por classe; crescimento do uso de drogas e da entrada de crianças e jovens negros no tráfico, associado ao aumento de mortes da juventude negra e “os desproporcionais números de jovens negros com registro de prisão ou encarcerados, o largo número de crianças negras atualmente à espera para adoção em cuidado do governo” (COLLINS, 2000, p. 177).

⁴⁶ defies and disrupts the cultural denial and disparagement of racialized women’s motherwork and motherlove (O’Reilly, 2021, p. 18).

⁴⁷ O mito da democracia racial funda uma consciência falsa da realidade, a partir da qual “acredita-se” que o negro não tem problemas no Brasil, já que não existem distinções raciais entre nós, e as oportunidades são iguais para todos. Não se trata de uma formulação sem sentido. Serve a uma constelação de interesses, entre os quais isentar as elites de culpas e evitar a realização efetiva da integração racial democrática. É a forma pela qual as elites exorcizam a ameaça dos movimentos sociais (Bastos, 1987, p. 148)

desejáveis, portanto, o “mito é atualizado com toda a sua força simbólica” (Gonzalez, 1984, p. 228).

Contrário a isso, a antropóloga salienta que a população negra brasileira tem sido afetada por desiguais acessos à moradia, transporte, educação, esporte, lazer, saúde e outros serviços básicos, mesmo assim, as mães negras brasileiras tiveram experiências políticas próximas às das afro-americanas, onde “ela, simplesmente é a mãe. É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra” (Gonzalez, 1984, p. 235).

Assim, a figura da mãe negra do Brasil contemporâneo perante as patroas brancas, não se distancia da imagem do seu papel no período escravagista. Por exemplo, como os de cuidadoras e educadoras, logo, elas “passam para gente esse mundo de coisas que a gente vai chamar de linguagem. E graças a ela, ao que ela passa, a gente entra na ordem da cultura” (Gonzalez, 1984, p. 235-236):

A gente pergunta: quem é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe para dormir, que acorda de noite para cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe. A branca, a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve para parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a ‘mãe preta’ é a mãe. E quando a gente fala em função materna, a gente tá dizendo que a mãe preta, ao exercê-la passou todos os valores que lhe diziam respeito a criança brasileira [...]. Essa criança, essa infância, é a dita cultura brasileira, cuja língua é o pretuguês (Gonzalez, 1984, p. 235).

Apesar da defesa apresentada por O’Reilly (2021) em que as mulheres mães negras não estiveram inseridas na maternidade patriarcal, no Brasil contemporâneo, segundo a última pesquisa realizada pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública lançada em dezembro de 2024 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, “no ano de 2022, 61,1% das mulheres negras foram vítimas de feminicídio e as brancas, 38,4% . Essa diferença, que já é gritante, se acentuou ainda mais em 2023, ano em que 63,6% das vítimas de feminicídio foram mulheres negras e 35,8%, brancas” (FBSP, 2024, p. 141).

Especificamente sobre o trabalho de cuidado, a realidade brasileira não condiz com ajuda da coletividade ou compartilhamento, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo IBGE, os afazeres com filhos e idosos, ficou em 34,9% para mulheres, enquanto 29,3% para os homens, sendo que e “38,0% das mulheres pardas e 36,1% das pretas realizaram tais cuidados em 2022, a taxa de realização entre as brancas foi 31,5%” (IBGE, 2022, p. 6).

Sobre o tempo de dedicação aos afazeres, a pesquisa mostra:

Enquanto, para os homens, morar sozinho aumenta a intensidade de horas dedicadas a afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas (14,3 horas), possivelmente por não ter a ajuda de outro morador, para as mulheres, estar em coabitação torna o tempo dedicado a essas atividades ainda maior, o que pode ter relação com a presença de filhos, por aumentar as horas em cuidados, ou mesmo com o maior tempo necessário nessas atividades, em virtude de mais pessoas viverem no domicílio (cônjuge ou companheiro(a) ou outro parente). Dessa forma, mulheres na condição de responsáveis em coabitação (possivelmente com crianças ou idosos) foram o grupo que apresentou a maior média de tempo dedicado a afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas (24,1 horas), seguido pelo das mulheres cônjuges ou companheiras (23,1 horas), ficando, em terceiro lugar, o das que viviam sozinhas (19,3 horas) (IBGE, 2022, p. 6).

A respeito das mães indígenas, importa ressaltar que ao conseguirem criar as crianças de forma coletiva, se encontram também em uma maternidade não patriarcal, pois, resistem ao colonialismo de quando tentaram as remodelar em um modelo eurocêntrico e do capitalismo patriarcal (Anderson, 2007, p. 762).

A feminista indígena Kim Anderson (2007) estudou o passado, as mudanças e continuidades das gerações dos povos indígenas da região dos Grandes Lagos, no Canadá — como os Ojibwe, Odawa, Potawatomi, Mississaugas, Nipissing e Algonquin — e sustentou a ideia de que os colonizadores tentaram mudar o entendimento de parentalidade, que não era firmada somente por laços sanguíneos. Colocaram os homens na agricultura rumo a uma economia assalariada e as mulheres como mães isoladas e servas das famílias, enquanto em sua origem, a maternagem indígena ocorreu de maneira extensa e coletiva, com ajuda mútua de uma longa rede de parentesco que não diferenciava gêneros (Anderson, 2007, p. 762).

Nas aldeias canadenses estudadas por Anderson (2007), é grande a coletividade para se criar uma criança. Em suas culturas, todas elas cresciam juntas e eram cuidadas por muitas mães. Por isso, de acordo com O'Reilly (2021), a maternidade se tornou capacitiva para as mães nativas, o que significa que elas não dependiam economicamente necessariamente de seu companheiro como único provedor para criar seus filhos, mas precisavam da comunidade, do plantio, das colheitas, da arte e cultura como proeminência econômica.

Portanto, o termo família — nas culturas indígenas canadenses apresentadas — significa coletivismo e “serve para subverter os mandatos de individualização, privatização e despolitização que são decretados na maternidade patriarcal, para tornar a maternidade uma

identidade e uma prática poderosa e fortalecedora” (O’Reilly, 2021, p. 127, tradução nossa)⁴⁸. Não se distanciando assim, do conceito denominado “local de origem”⁴⁹, criado por bell hooks (2015) quando ela explicou seu pensamento sobre a maternidade negra.

Nesse contexto, apesar do que foi lhes ensinado sobre divisão sexual do trabalho e da imposição de estruturas capitalistas, cristãs, coloniais, patriarcais e de gênero, as mães nativas fizeram a manutenção das experiências maternais fortalecidas, de geração em geração, como forma de resistência:

Para a maioria dos membros da comunidade aborígine, a sobrevivência diária ainda depende de extensas redes de familiares e amigos que se apoiam e reforçam uns aos outros. As ideologias indígenas de maternidade fornecem estratégias de resistência, recuperação e recuperação e mostra a resiliência das mulheres indígenas na sua capacidade de manter e praticar costumes tradicionais, apesar das influências coloniais e do papel que a recuperação dessas práticas tem na cura e recuperação de famílias indígenas (Harvard *et al*, 2006, p. 189)

A maternidade indígena brasileira se difere de tribo para tribo. Ao contrário das mulheres norte-americanas, nas aldeias brasileiras, segundo a antropóloga Lúcia Helena Rangel (2011), a divisão sexual do trabalho ocorre de maneira clara. Os homens são responsáveis pela caça e estão ligados ao papel do guerreiro e a mulher pela colheita e reprodução social, recebendo cuidados alimentares e rituais ancestrais durante a gestação. Já no que tange especialmente a maternagem, a coletividade dos cuidados com as crianças também existe, “tal qual a incumbência com terra, que é considerada um bem comum e o que um não faz, outro poderá fazer” (Azevedo, 2004, p. 64).

No contexto cultural em que a vida emocional se estrutura, a adoção surge como reflexo dessa forma de perceber o mundo: assim, os direitos e os deveres existem para a etnia, como um todo, e não apenas para alguns de seus integrantes – no caso dos filhos ou parentes biológicos – mas qualquer criança que vivencie essa situação. É como se o adulto que vive na aldeia, pudesse e estivesse pronto a assumir a criança, que em determinado momento esteve em situação de abandono. A prática do abandono, tão comum entre os não-índios, parece completamente fora dos padrões culturais adotados pelos Guaranis em relação a infância de seu povo (Azevedo, 2004, p. 64).

⁴⁸“serves to subvert the mandates of individualization, privatization and depoliticization that are enacted in patriarchal motherhood, to make motherhood a powerful and empowering identity and practice.” (O’Reilly, 2021, p. 127)

⁴⁹ Para hooks, o termo local de origem significa um local de resistência e que a cultura afro-americana, que há muito reconhece o seu valor subversivo, que sempre foi central para a luta de libertação (hooks, 2015, p. 42).

A figura materna das mães nativas no Brasil é ressaltada pela aldeia, pois os filhos ficam junto a elas até os dois anos de idade como se fossem uma só pessoa, além de serem responsáveis pela valorização da cultura do lugar, conforme aponta Fachin:

as crianças indígenas têm contato com o pai, os avôs, tios, mas a imagem do livre acesso à mãe é muito forte. Quando a criança está maior, ela é carregada na tipóia nas costas. Filho e mãe são a mesma coisa. A mulher tem um papel social fundamental na primeira infância porque toda a transmissão da cultura se faz através da mãe e ela tem plena consciência desta função. Ela fala a língua do povo dela com o bebê e por isso uma criança indígena não fala português antes dos quatro anos de idade. A mãe cumpre um papel-chave na formação dos vínculos sociais e de pertencimento a família e a um povo (Fachin, 2011, s/p).

Apesar do papel materno como resistência, por meio do cuidado com os filhos e ensinamento culturais, a necessidade de políticas públicas com estratégias que se adaptem às diferenças socioculturais e respeitem as ancestralidades são necessárias, devido por exemplo a taxa de mortalidade infantil (até 1 ano de idade), que se encontra maior entre as crianças indígenas.

A cada 1000 nascidos vivos, 34,9 em 2018 e 34,7 em 2022 são mortes indígenas que representam mais do que o dobro da registrada entre as crianças não indígenas: 13,3 em 2018 e 14,2 em 2022 — relacionadas a doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias ou doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas —, segundo os últimos dados apresentados no estudo de desigualdades em saúde de crianças indígenas, tendo como referência a tribo dos Terenas, no Mato Grosso do Sul e Yanomamis, no Amazonas, feita Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância (Agência Brasil, 2024, s/p).

Diante do exposto, considerando que as maternidades negras e indígenas no Brasil, se torna necessário indagar: O Programa Rede Cegonha atendeu as mulheres negras e indígenas, contribuindo assim para uma contra-narrativa da maternidade patriarcal?

CAPÍTULO 2

2. Conhecendo o Programa Rede Cegonha

O arquétipo da cegonha esteve presente entre os antigos romanos ao criarem uma lei denominada *Lex Ciconaria* (Lei da Cegonha), que tinha o objetivo de incentivar as crianças a cuidarem dos idosos. Durante a Idade Média, iniciando na Escandinávia, a cegonha compareceu nas histórias de mães ao dizerem aos filhos que os novos bebês que chegavam à família eram trazidos pela cegonha, justificando o nascimento. Para explicar o descanso depois do parto, elas diziam que antes de partir a cegonha havia bicado a perna da mãe. O animal foi escolhido por ser além de dócil, fiel ao ninho, estando também presente durante o século XIX nos contos infantis do escritor dinamarquês Hans Christian Andersen (Escola, 2024, s/p.).

A utilização do animal em seu nome e na imagem de divulgação, remete ao cuidado que o Programa Rede Cegonha objetivou ofertar, pelo qual já em 2009 a OPAS⁵⁰ e a OMS propôs intervenções preventivas e curativas para a população, “bem como espaços de integração de vários serviços de atenção à saúde contínua, com integração vertical de diferentes níveis de atenção e a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho Inter setorial” por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS (OPAS, CD49/16, 2009).

Baseado em relatórios da Redes Integradas de Serviços de Saúde da Atenção Primária de Saúde, a OPAS escreveu uma resolução em neste mesmo ano solicitando soluções diante dos sistemas de saúde das Américas, alegando que estavam caracterizados por altos níveis de segmentação e fragmentação, com “baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos usuários dos serviços de saúde” (OPAS, CD49/16, 2009).

Um ano depois, o Ministério da Saúde fez um levantamento sobre a atenção à saúde brasileira — que inclui programas sociais, ações e práticas clínicas — evidenciando por meio da Portaria nº 4.279/2010, caracterizada por:

⁵⁰ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. O organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países membros; combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; e fortalece os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres (OPAS Brasil, 2024).

- (1) lacunas assistenciais importantes;
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
- (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
- (5) a pulverização dos serviços nos municípios;
- (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Nesse mesmo ano — 2010 — houve a qualificação de 26 maternidades que atendem a 252 Municípios, supervisionando-as com os 21 apoiadores e elaboração dos planos de trabalho em todas para a inclusão de maternidades prioritárias na Rede de Informações em Neonatologia. Houve a implementação de mais 45 unidades delas em 22 Estados, com qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal em maternidades da Região Nordeste e Amazônia Legal. (Mensagem ao Congresso, 2011). Apesar disso, observa-se que neste ano — último ano da gestão Lula — ainda não havia um atendimento às gestantes e seus bebês em forma de rede, como também nos governos anteriores.

Percebemos isso ao observarmos os governos predecessores, desde Getúlio Vargas, que durante o Estado Novo instaurou o Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), objetivando normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem a preocupação com as questões relacionadas à reprodução (Brasil, 2011d). Na década de 1975, houve a implantação do Programa de Saúde Materno Infantil - PSMI (Brasil, 1975). O PSMI tinha dois focos de atuação: o primeiro era a “intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial, e o segundo era a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil” (Santos *et al*, 2008).

Em 1983 foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, com a publicação do documento denominado “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programáticas” (Brasil, 1983). No ano seguinte, o PAISM levantou a importância do olhar à saúde da mulher gestante. A proposta do programa considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis, assistência à adolescente, à menopausa e à anticoncepção (Almeida, 2005). Ele contribuiu para a redução da

taxa de mortalidade materna de 68,9 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos na década de 1980, para 45 óbitos em 1996 (RIPSA, 2004). Mesmo assim, o Brasil ainda permanecia com índices altíssimos de mortalidade materna quando comparado com os países desenvolvidos, uma vez que neles ocorriam menos de 10 mortes para cada 100 mil nascidos vivos.

Segundo Tyrrell (1997), após três décadas da implantação do PAISM, as condições das mulheres e crianças do nosso país ainda eram gravíssimas, tendo em vista a persistência dos altos índices de morbimortalidade materna e infantil. No ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento - PHPN, com o principal objetivo de reduzir as altas taxas da RRM, perinatal e neonatal no País (Brasil, 2005a). O programa não teve o alcance esperado, apresentando dificuldades no acesso aos serviços, como a falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiras, materiais, incerteza de vagas nos hospitais e peregrinação entre os serviços hospitalares (Dias e Deslandes, 2006).

A implementação do PHPN pelos municípios foi impulsionada pelo Governo Federal por meio do incentivo financeiro de dez reais para cada atendimento inicial à gestante e quarenta na conclusão do pré-natal, porém esses valores só seriam repassados sob alguns critérios:

Realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação [...] (Brasil, 2000b, p. 6-7).

Enquanto em 1995, houve registros de 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS, em 2002 foram registradas 4,4 consultas de pré-natal para cada parto. Contudo, mesmo com o aumento, a qualidade dessa assistência ainda permanecia ruim (Brasil, 2011c).

Em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tinha como meta reduzir essas mortes em 5% ao ano, com o olhar para as “questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais, a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais” (Brasil, 2004).

Dados do Ministério da Saúde apontam que entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a RMM de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa

uma redução de 51% (Brasil, 2011c). Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% dos óbitos nessa década (Brasil, 2011d).

Em 30 de dezembro de 2010, em uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), materializou-se as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde⁵¹ (RAS), através da Portaria nº 4.279/2010. Isso, diante da necessidade de organização e reestruturação da saúde materna no âmbito do SUS para atender à solicitação do OPAS e “garantir a integralidade da atenção à saúde, a partir do gerenciamento de pontos de atenção e diagnóstico, com diferentes níveis de complexidade distribuídos em um território” (Pinheiro e Sarti, 2012). Assim, o Programa Rede Cegonha foi uma promessa de campanha que representou essa necessidade da população brasileira e consequentemente uma política pública na agenda governamental de Dilma Rousseff.

Além disso, segundo John Kingdon (2003, p. 221-223), uma política pública é implantada na agenda governamental por meio da “Teoria de Múltiplos Fluxos”, que caracteriza no reconhecimento dos: (1) problemas da sociedade, (2) alternativas para conceituar e resolvê-las e por fim (3) o reconhecimento político que propicia as práticas e ações da política. O autor define essa teoria como “uma lista de temas ou problemas que são alvo de atenção, tanto da parte das autoridades governamentais, como de pessoas fora do governo, mas estreitamente associadas às autoridades” (Kingdon, 2003, p. 222).

Para o Programa Rede Cegonha, no governo Dilma Rousseff o problema foi caracterizado pelas altas taxas de mortalidade materna, considerado não apenas um problema social, mas sim político. No que tange às alternativas e resoluções, o “Programa Rede Cegonha se caracterizou por ser política redistributiva, haja vista a atuação central do Governo Federal enquanto agente formulador e indutor, com provisão orçamentária definida para investir em infraestrutura e custeio de ações e serviços, insumos e apoio técnico institucional” (Cunha, 2017, p. 145). Já em relação ao reconhecimento político, a agenda do programa se deparou com

⁵¹ A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

a pressão política da Rede Feminista de Saúde, que levantou questões importantes como o aborto clandestino, para serem inseridos no processo de formulação de alternativas.

Portanto, ao contrário da crítica de O'Reilly (2021) sobre políticas neoliberais ou mesmo diante de muitas políticas públicas que são consideradas paliativas⁵², o Programa Rede Cegonha se encaixa no modelo de políticas assistencialista de saúde no Brasil que a Constituição de 1988 previu ao SUS ao ordenar que ele fosse um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município a responsabilidade de prestar “atendimento à população e à União e aos estados a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função, onde o governo federal que está encarregado das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais” (Arretche, 2003, p. 60).

Logo, como uma política pública inserida na agenda governamental de Dilma Rousseff, ao lado do ministro da Saúde Alexandre Padilha, a presidenta anunciou o PRC para os brasileiros em uma cerimônia no Palácio das Artes, em Belo Horizonte, no dia 28 de março de 2011. Na ocasião, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, disse que os investimentos iniciais seriam destinados à área da Amazônia Legal, ao Nordeste brasileiro e às regiões metropolitanas das capitais, pois nesses locais se concentravam as mais altas taxas de mortalidade infantil e materna e no caso as regiões metropolitanas seriam marcadas pela peregrinação de gestantes para fazer exames com garantia de vagas em maternidades. Em seguida, priorizariam as cidades com mais de cem mil habitantes e depois as menores (COFEN, 2011, s/p).

O Programa Rede Cegonha foi instaurado pelo Ministério da Saúde no dia 24 de junho de 2011, por meio da Portaria nº 1.459. Em entrevista para o *Portal G1* do jornal da *Globo*, a presidenta adiantou que o “Programa Rede Cegonha irá funcionar como uma corrente de cuidados especiais a gestantes” (G1, 2011, s/p).

Sua implementação inicia-se por meio do reconhecimento da saúde local para que seja realizada uma matriz diagnóstica, exigida na fase 2 do artigo 8 de sua portaria, que dispõe sobre adesão do programa pelos municípios:

⁵² Filho e Moraes chamam programas sociais como o Bolsa Família de políticas públicas paliativas, o que não é o caso do Programa Rede Cegonha: Programas sociais focados beneficiam os pobres, o resultado das políticas compensatórias, quase inevitavelmente marginais, tende a ser esmagado pelo impacto contracionista e gerador de pobreza das políticas macroeconômicas neoliberais. Os pobres também são desproporcionalmente vulneráveis em razão de baixos salários, emprego precário, falta de terras e dependência de ecossistemas frágeis. Portanto, ao ignorar as causas da pobreza, as políticas sociais neoliberais tendem a ser paliativas, tratando apenas dos sintomas mais flagrantes da pobreza (Filho e Moraes, 2018, p. 132).

FASE II: realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros (Brasil, 2011, art. 8).

Sendo assim, na matriz diagnóstica para a implantação do programa, há o levantamento das doenças, óbitos maternos e infantis nas regiões, por parte do Colegiado de Gestão Regional, que é formado por gestores municipais de saúde dos municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), conforme o exemplo da figura 1:

Figura 1 - Grupos de indicadores diagnósticos

1º GRUPO: indicadores de mortalidade e morbidade	2º GRUPO: indicadores de atenção	3º GRUPO: situação da capacidade hospitalar instalada	4º GRUPO: indicadores de gestão
Incidência de sífilis congênita (indicador 7 do Pacto pela Vida);	Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal;	Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde;	% de investimento estadual no setor de saúde;
Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal);	Cobertura de equipes de Saúde da Família;	Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco;	PDR atualizado;
Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por município;	Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe;	Identificação dos leitos UTI neonatal existentes;	PPI atualizada;
Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas);	% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação;	Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto.	Identificação de centrais de regulação: urgências, de internação e ambulatorial;
% de óbitos infantis-fetais investigados;	% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses;		Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.
% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados.	% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada;		
	% de gestantes com todos os exames preconizados.		

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Na figura 1, as duas primeiras fases diagnósticas dos locais — chamadas de grupos — se referem ao número mortalidade e morbidade existentes, seguidos pelas informações das gestantes e crianças que já se utilizam o Sistema Único de Saúde. Os dois últimos grupos se referem ao diagnóstico dos leitos já existentes, para enfim ser indicadas as novas implantações

e equipes de atendimento. Ao fazerem os levantamentos, Cavalcanti (2013) comenta sobre os Comitês de Mortalidade Materna:

Indicadores como percentual de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados e a proporção de óbitos infantis e fetais investigados evidenciam a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas ao monitoramento de óbitos maternos e infantis, articuladas com os Comitês de Mortalidade Materna e de Prevenção do Óbito Infantil, a fim de fortalecer essas ações no âmbito das equipes de Atenção Básica e possibilitar a melhoria na redução das taxas de mortalidade (Cavalcanti *et al*, 2013).

Ainda sobre as morbidades:

Outro grupo de indicadores importantes a serem analisados diz respeito às morbidades gestacionais. A incidência da sífilis congênita, por exemplo, está associada a essa doença durante a gestação, e as ações de prevenção e controle estão intimamente relacionadas à assistência, ao pré-natal e ao parto. O diagnóstico da sífilis no pré-natal possibilita o tratamento da gestante e de seu parceiro sexual em momento oportuno para evitar, em 100% dos casos, a transmissão da doença para o conceito. Por ser uma doença com diagnóstico e tratamento de custo baixo, o acesso a esses recursos deve estar disponível de forma fácil e ampla (Teixeira *et al*, 2012).

Os objetivos do PRC foram formados a partir de uma série de medidas do governo para fortalecer a RAS com o “foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal” (Brasil, 2011e). Elas incluem a oferta o teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez, ultrassonografias, orientação e oferta de métodos contraceptivos, fornecimento de no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais, como ampliação do teste do pezinho, acompanhamentos de todas as doenças definidas no escopo do Programa Nacional de Triagem Neonatal (Brasil, 2012c), bem como a garantia do direito ao parto humanizado, ao leito e vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público com a oferta de vale-transporte ou vale táxi até o local no dia do parto.

Conforma sua portaria, o programa possui como principais 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 (Brasil, 2011, art. 3).

Organizando-se em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e por último o sistema logístico, que são os transportes sanitários e regulação, conforme a figura 2:

Figura 2 - Componentes do Programa Rede Cegonha



Fonte: Unidade 2 do caderno Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha, UNA-SUS.

Referente ao pré-natal, essas são as ações previstas e registradas no artigo 7 de sua portaria:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (Brasil, 2011, art. 7).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), toda gestante deve fazer no mínimo seis a sete consultas. Em 2010 — ano que antecedeu o PRC — a partir dos números de nascidos vivos, o

DATASUS apresentou o número de 204.339 mães que fizeram somente de 1 a 3 pré-natais e que 1.733.492 foram em 7 ou mais consultas. Já em 2011 — primeiro ano do PRC — 214.935 fizeram 1 a 3 pré-natais e 1.785.192 de 7 ou mais. Em 2016, último ano do governo Dilma Rousseff, os números aumentaram de 174.812 para as que fizeram de 1 a 3 pré-natais e 1.936.017 de 7 ou mais consultas.

O PRC ofertou a qualificação para os profissionais de saúde, criação centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco, permissão do acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado, oferta do Samu Cegonha para o recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais, promoção de ações de incentivo ao aleitamento materno (Carneiro, 2013). Referente ao componente de regulação e transporte, a portaria indica em seu artigo 7:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (Brasil, 2011, art. 7).

O sistema logístico do Programa Rede Cegonha variou conforme a região brasileira para ofertar esses atendimentos por meio das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, da garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como a realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (Brasil, 2011a):

Em relação ao puerpério, encontram-se as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e consulta puerperal entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Nas situações de urgência, promoção do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2011a). Importante destacar que a Rede Cegonha é implantada com características diferenciadas, adequando-se às necessidades de cada região. Por isso, é fundamental que o Comitê Gestor elabore um relatório para o conhecimento desses fatores, que englobam questões políticas, situações

epidemiológicas, recursos financeiros, materiais e humanos, profissionais capacitados, de acordo com a Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011b).

Todas essas medidas foram tomadas também para cumprir meta 5 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que trata do combate à morte materna⁵³ posto aos países em desenvolvimento pela Cúpula do Milênio das Nações Unidas, o maior evento organizado pela ONU realizado dos dias 6 a 8 de setembro do ano de 2000, em Nova Iorque. Estiveram presentes 147 chefes de Estado para refletir as preocupações de 191 nações, registradas em um documento construído ao decorrer de vários meses anteriores, intitulado de Declaração do Milênio das Nações Unidas. As considerações do encontro foram lavradas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM⁵⁴, constando metas a serem realizadas até no ano de 2015.

O documento é dividido em sete capítulos. O terceiro, foi nomeado de *O desenvolvimento e a erradicação da pobreza* e descreve no tópico 19 o objetivo geral de reduzir, até 2015 a mortalidade materna em três quartos e a mortalidade de crianças com menos de 5 anos em dois terços, em relação às taxas daquele ano (Declaração do Milênio, 2000, p. 9).

Especificamente para a aplicação dos objetivos no Brasil, o IPEA traz:

Na ocasião, a Organização das Nações Unidas (ONU) delineou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a serem alcançados, até 2015. A saúde foi destacada em três Objetivos: ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância (meta Brasil: reduzir de 27,4 para 17,9 óbitos por mil Nascidos Vivos NV), ODM 5 – Melhorar a saúde materna (meta Brasil: Reduzir a Razão de Mortalidade Materna RMM de 84,5 para igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV) e ODM 6 – Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças (IPEA, 2004, s/p).

⁵³ Mortalidade materna é toda morte produzida por causa da gravidez, aborto, parto e/ou puerpério até 42 dias após o evento obstétrico, independentemente da duração e do lugar da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não decorrente de causas acidentais ou incidentais (SAY, 2014)

⁵⁴ Em agosto de 2015, foram concluídas as negociações que culminaram na adoção, em setembro, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por ocasião da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável. De acordo com o processo iniciado em 2013, seguindo mandato emanado da Conferência Rio+20, os ODS deverão orientar as políticas nacionais e as atividades de cooperação internacional até o ano de 2030, sucedendo e atualizando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Brasil participou de todas as sessões da negociação intergovernamental. Chegou-se a um acordo que contempla 17 Objetivos e 169 metas, envolvendo temáticas diversificadas, como erradicação da pobreza, segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança, e meios de implementação (Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima, 2022, s/p).

Assim, a implantação do PRC também foi uma estratégia de alcance para a meta 5 dos ODM. A elaboração de sua portaria levou em consideração o aceleramento de nascimentos de crianças em comparação a precarização de atendimento especializado para as futuras mães, juntamente a grande quantidade de doenças epidemiológicas no país detectado pelo Ministério da Saúde em 2010.

Além disso, o portal do ODM indica como estratégia a garantia da assistência à saúde materna:

Uma estratégia chave para a redução da morbimortalidade materna é garantir que cada nascimento ocorra com assistência de saúde realizada por pessoal qualificado (médicos, enfermeiros, parteiras). O progresso no aumento da proporção de nascimentos com atendimento qualificado tem sido modesto ao longo do prazo dos ODM, refletindo a falta de acesso universal aos cuidados (Portal ODM, 2015).

A aderência ao programa aconteceu de forma gradativa, conforme o artigo 5 de sua portaria, que afirma: “A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional” (Brasil, 2011, art. 5).

Inicialmente, por serem os primeiros a entregarem ao MS o panorama de adesão ao PRC com a matriz diagnóstica, houve a implantação em nove Estados (Pará, Alagoas, Sergipe, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul) com a participação de 800 Municípios e cobertura de 600 mil gestantes, onde o maior número de famílias cadastradas por meio de dados coletados por planos de ações municipais, foram identificadas sob riscos sócio sanitários, necessitando assim de ações de saúde primárias (Mensagem ao Congresso, 2012, p. 179). E, “a fim de ilustração da amplitude da cobertura do PRC, em setembro de 2013, 100% dos Estados já estavam aderidos ao programa, com 5.550 municípios” (Giovanni, 2013, p. 33).

A implantação também aconteceu nas aldeias indígenas. Em 2011 o governo anunciou o Programa Rede Cegonha Indígena, que foi instaurado em 2012 pelo Ministério da Saúde por meio da nota técnica número XX (vinte), para efetivar o atendimento integral às aldeias indígenas, a ser feito através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASI, dispondo de orientações para que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI'S, pudessem praticar a intersecção dos valores do PRC, como a oferta do acompanhamento da gestação por meio do pré-natal. Mas, não antes de fazerem capacitações, oficinas e rodas de conversas interculturais entre as parteiras e cuidadoras das aldeias com os médicos(as) e enfermeiros(as) do PRC, para

aprenderem temas como os diagnósticos indígenas que se baseiam em seus saberes e religiões ancestrais.

Em janeiro do ano de 2014, as mulheres encarceradas foram incluídas no PRC por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade:

Isso significa que cada unidade prisional passará a ser também um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e nele serão estruturados serviços e equipes de saúde no sistema prisional no âmbito do SUS. Os profissionais que atuarão nas equipes, independentemente de estarem ou não vinculados com as secretarias de justiça, saúde, administração prisional ou correlatas, ficarão sob a gerência do serviço de saúde do território. Ainda, os fluxos, referências e contrareferências para atenção integral à saúde da população prisional serão pactuados nos espaços pertinentes do SUS (Ministério da Saúde, 2014).

A necessidade da inclusão surgiu de um estudo feito pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, que apontou que nesse ano, havia Estados em que o número de mulheres encarceradas era maior que o de homens, totalizando em 6,3% da população prisional brasileira. Neste ano, 1.026 (mil e vinte e seis) delas eram gestantes e 70% das equipes de atendimentos a elas, que em geral eram mulheres jovens, com baixa escolaridade, desfavoráveis economicamente, mães chefes de família, tiveram vinculação com o tráfico de drogas e ocupavam atividade laboral informal antes da prisão, eram feitos até então sob responsabilidade das próprias unidades prisionais ou pelas Secretarias Municipais de Saúde e “não obstante, a conjuntura de violações de direitos e de inequidade na oferta de atenção nas maternidades é frequentemente registrada. As realidades estaduais e municipais são muito díspares” (Ministério da Saúde, 2014, p. 4).

A partir de 2014, o rastreio das mulheres gestantes encarceradas começou a ser feito pelo SUS por meio de uma busca ativa no site dos Geopresídios e do Conselho Nacional de Justiça, estabelecendo posteriormente o diálogo e logística de acompanhamento nutricional e de controle sobre a profilaxia referente à sífilis, HIV, hepatites virais, com garantia da realização dos exames previstos para o período pré-natal, com adoção de itinerário terapêutico nos casos de gestação de alto risco (Ministério da Saúde, 2014).

Dentro da APS (Atenção Primária de Saúde), o Programa Rede Cegonha é responsável pelo pré-natal da gestante com consultas e exames, dando-as suporte de deslocamento⁵⁵ até o

⁵⁵ Transporte sanitário e regulação visam garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e com qualidade feito por ambulâncias. A gestante, no atendimento, passará pela classificação de risco. Podendo ser atendida na própria unidade, ou referenciada para outra unidade, por meio da central de regulação. Quem acolhe será responsável pela gestante, até a garantia de seu atendimento em outra unidade (BRASIL, 2012).

centro de atendimento e no puerpério, “com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, busca ativa de crianças vulneráveis e outros” (Giovanni, 2013, p. 37).

Após a captação da gestante, é de suma importância a continuidade do serviço de atendimento. O Ministério da Saúde preconiza que sejam feitas seis consultas de pré-natal. Para a execução, as equipes de Atenção Básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Isso possibilitará que a mulher procure a unidade básica de saúde (UBS) e realize o teste rápido de gravidez, o que confirmará a suspeita e garantirá o início do pré-natal o mais precoce possível (BRASIL, 2000).

Nos pontos de Atenção Secundários e Terciários, o PRC oferta leitos obstétricos e neonatais, como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera que “é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada” (Ministério da Saúde, 2013) e também o Centro de Parto Normal, que são espaços destinados ao parto e nascimento “com atendimento humanizado, de qualidade, privilegiando a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável, garantindo a presença de acompanhante de sua livre escolha” (Giovanni, 2013, p. 38).

Figura 3: Pontos de Atenção ofertados pelo PRC



Fonte: Rede Cegonha: da concepção à implantação, 2013.

Além desses locais de atendimento e suporte, o PRC oferta os “Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; Sistema de assistência farmacêutica e Sistemas de informação em saúde” (Ministério da Saúde, Portaria 4.279, 2010), que fornecem medicamentos às mulheres como anticoncepcionais, pílulas do dia seguinte e medicamentos de indução ao aborto legal” (Giovanni, 2013, p. 40), mediante a avaliação e documentação médica para essas aquisições gratuitas.

Referente ao monitoramento⁵⁶, o PRC conta com o SISPART - Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas, responsável pela liberação mais rápida de recursos e pelo SISPRENATAL web - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança, que de forma online tem como objetivo cadastrar, avaliar e monitorar a saúde das gestantes do pré-natal ao puerpério desde seu primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde ao atendimento hospitalar. Além do PNTBR⁵⁷ - Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que fornece aos próprios profissionais da RAS serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.

Tantos esses serviços como as construções e manutenções de maternidades, materiais hospitalares, cursos preparatórios e demais despesas do PRC, totalizaram os recursos que segundo a pesquisadora da Fiocruz, Gilmara Santos, somente em 2011 e 2012 foram repassados do governo federal o valor total de R\$ 545.420.698,90. Em 2011, R\$ 223.790.145 e 2012 o valor de R\$ 321.630.553,30 (Santos, 2013, p. 42).

No ano de 2013, R\$ 13.898.574,72. Já em 2014, os valores começaram a ficar disponíveis no Portal da Transparência do governo federal, sendo investido R\$ 52.574.205,24. Em 2015, R\$ 90.016.621,68 e no último ano de gestão da presidenta, 2016, foi transferido para o programa R\$ 82.218.029,48 (Santos, 2013, p. 42).

Em 26 de dezembro de 2011, foi editada a Medida Provisória nº 557, que instituiu o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, com ele foi entregue o benefício financeiro no valor de até cinquenta reais para gestantes cadastradas no Sistema, “com o objetivo de auxiliar o seu deslocamento e seu acesso às ações e aos serviços de saúde relativos ao acompanhamento do pré-natal e assistência ao parto prestados pelo” (Mensagem ao Congresso, 2012, p. 179).

⁵⁶ O Ministério da Saúde avaliará os resultados alcançados semestralmente para a manutenção do repasse financeiro ou repactuação das ações e metas (BRASIL, 2011).

⁵⁷ Atualmente este programa está presente em 2.367 municípios, com 4.140 pontos que já realizaram mais de 128.260 Tele consultorias, mais de 1.044.175 Telediagnósticos, 714 segunda opinião formativa e 485.329 participações em reeducação, beneficiando aproximadamente 30 mil profissionais das Equipes de Saúde da Família. O que representa grande potencial de apoio à Rede Cegonha (Giovanni, 2013, p. 38).

No ano de 2015, a meta 5 do ODM não foi atingida.

Em relação a meta, é cabível destacar que “cerca de 90% das mortes maternas são evitáveis. Por essa razão, a mortalidade materna é considerada um dos maiores problemas da saúde pública brasileira e uma das mais graves violações dos direitos humanos da mulher” (Instituto Patrícia Galvão, 2023, s/p). Assim, o PRC foi um programa social com avanços e esforços contínuos voltados para a saúde das mulheres, atendendo indígenas, negras e brancas, dos locais mais interiores aos centrais no Brasil, levando em consideração, portanto, os marcadores sociais da diferença.

A cientista política Sônia Fleury (2007) afirma que redes de políticas sociais — assim como o PRC — não devem se basear somente em resultados numéricos precisos como instrumentos norteadores, pois não são redes empresariais. Estes, na verdade, são fenômenos que pregam diálogos e diversidade tirando a soberania do Estado baseado em regulação e subordinação, sendo:

As redes de políticas sociais são uma tentativa de criar formas de coordenação capazes de atender às necessidades e características do contexto atual em que o poder se apresenta como plural e diversificado. Constitui-se, pois, num instrumento fundamental para a gerência das políticas sociais em contextos democráticos, permitindo a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidária e coordenação social. Nesse sentido, as redes transcendem o papel de um mero instrumento gerencial, na medida em que permitem gerar relações baseadas na confiança (capital social) e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas - esfera pública democrática - (Fleury, 2007, p. 35).

Contudo, segundo uma pesquisa integrativa feita em 2021, utilizando as bases de dados online LILACS, SciELO e BVS⁵⁸, com temas referentes ao Programa Rede Cegonha no período de 2011 a 2015, alguns motivos foram relatados: a demora da chegada de recursos reclamada pelos gestores, falta de cumprimento da normatização por parte dos municípios, por exemplo, ao deixar de classificar os riscos da gravidez, também o erro em assumir pacientes de outros municípios, a violência institucional vista pela falta de transportes nos municípios:

O componente de transporte sanitário, que na maioria dos municípios ainda não prestam o serviço que está inserido na Rede cegonha como direito da mulher, no acolhimento em tempo oportuno, pois as grávidas ficam peregrinando por várias maternidades até conseguir uma vaga para parir, e

⁵⁸ Sites online de busca e pesquisa. Lilacs: Informação Científica e Técnica em Saúde da América Latina e Caribe. Scielo: Scientific Electronic Library Online. BVC: Biblioteca Virtual de Saúde Pública.

isso é um dos fatores que aumentam os indicadores de morbi-mortalidade materno-infantil, pois por muitas vezes as mulheres vão agravando seu estado de saúde devido não encontrarem um lugar para parir. Não podemos esquecer da questão da violência institucional praticada por vários profissionais de saúde à mulher grávida nas várias etapas do processo: pré-natal, parto, puerpério e/ou planejamento familiar (Santos; Pereira, 2021, p. 13).

Em 2019, primeiro ano da gestão de Jair Bolsonaro, o Conselho Federal de Medicina lançou uma nota denunciando a falta de leitos com o título “Brasil tem déficit de 6 mil leitos no SUS” (CDM, 2019). O levantamento foi feito com base nos parâmetros da Portaria SAS nº 650/2011, que prevê o número de 0,28 leito por mil habitantes SUS-dependentes (população que não possui plano de saúde).

Porém, muitas mulheres que possuem plano de saúde acabam fazendo seus partos por escolha ou emergência no SUS, o que gerou um déficit de leitos obstétricos no país. Segundo o CDM:

O Sudeste apresenta o maior déficit: 82% do total de 5.878 leitos faltantes no Brasil. As regiões Centro-Oeste e Norte têm, respectivamente, 375 e 216 leitos obstétricos abaixo do mínimo. O Nordeste, apesar de contar com 360 leitos acima do mínimo estabelecido pela Rede Cegonha, apresenta expressiva má distribuição entre estados, capitais e municípios. Tal cenário é percebido, por exemplo, no Piauí e no Rio Grande do Norte, onde, apesar de juntos terem 514 unidades acima do mínimo, aproximadamente 1/3 dos leitos obstétricos está concentrado nas capitais – em detrimento da oferta de assistência nos mais de 150 municípios de cada estado. Teresina (PI) possui 306, e Natal (RN), 252 leitos obstétricos. “O número de leitos indicado pela Rede Cegonha não é suficiente, e sua distribuição não atende à necessidade assistencial do País. Ainda que alguns estados tenham mais leitos obstétricos no SUS do que é indicado pelo Ministério da Saúde, o que vemos no dia a dia são pacientes esperando para serem atendidas porque faltam vagas, falta estrutura minimamente segura para acolhimento da gestante (Conselho Federal de Medicina, 2019, s/p).

Em 04 de abril de 2022, por meio da Portaria nº 715/2022 o MS revogou o PRC e o substituiu pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), alegando alto gasto de investimento, pouca fiscalização dos recursos, rede fragmentada, maior concentração de serviços em alguns locais em detrimento a outros e estratégias sem comprovação de efetividade (Brasil, 2022).

A principal diferença entre o PRC e a RAMI, segundo Mortelaro *et al* (2024), condiz ao atendimento do pré-natal. A Rede Cegonha fazia uma triagem, direcionando as gestações de alto e baixo risco, atendendo todas as mulheres, conseqüentemente, nesse sentido, encontrou-se uma estrutura composta por locais e agentes voltados para atender à gestação, o parto e ao puerpério, “os quais se organizam e se integram em função de cada uma das fases do ciclo

gravídico-puerperal, realizando encaminhamentos necessários aos serviços de apoio, conforme o incremento do risco gestacional” (Mortelaro *et al*, 2024, p. 11). Já a RAMI, enfatizou somente as situações de riscos gestacional, diminuindo a estrutura do serviço prestado no pré-natal, entendendo que o baixo risco gestacional parte do princípio de que todo trabalho de parto tem o potencial de ser um evento patológico:

Nessa lógica, extingue-se a possibilidade de que mais mulheres possam ser assistidas em CPN pré-hospitalares, as casas de parto, mesmo que esses espaços sejam conduzidos por profissionais habilitados para identificar e manejar as intercorrências mais frequentes. Com a exigência da presença de médicos obstetras nos CPN, reinstala-se um modelo de atenção ao parto centrado nos profissionais cuja formação enfatiza os desvios do processo fisiológico (Mortelaro *et al*, 2024, p. 11).

A respeito da mudança, o Sindicato de Enfermeiros no Brasil, foi “veementemente contra uma vez que a política tenta diminuir o papel da enfermagem no acompanhamento do parto, e coloca o médico obstetra em um papel central” (SindiEnfermeiro, 2023, s/p). Em seu site oficial, eles informaram a importância da atuação da enfermagem na gestação, como também, denunciaram o aumento de cesáreas após a instauração da RAMI:

A Rede Cegonha tem como pilar a atuação da enfermagem obstétrica que é reconhecida e incentivada pela Organização Mundial de Saúde estando associada ao aumento do número de partos normais no Brasil e redução da taxa de cesáreas. Em 2019, a taxa de cesáreas no Brasil era de 84% dos partos, quando o recomendado pelas organizações de saúde é de 15%. A política pública também foi responsável pela redução de intervenções desnecessárias no parto de mulheres (SindiEnfermeiro, 2023, s/p).

A Organização Mundial da Saúde (2014) considera que a taxa ideal de cesárea em um país seja entre 10% e 15%, devido aos riscos infecções hospitalares e maior necessidade de transfusão sanguínea, já que mulheres de maior risco obstétrico se encontram mais propensas a complicações pós-parto.

Um estudo ecológico, ou seja, feito através da análise e comparação de populações, feito pela OMS em 2014, concluiu que quando as taxas de cesáreas de uma população são “menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade” (OMS, 2015, p. 3), considerando então que as maiores causas da mortalidade materna são socioeconômicas. Porém, a partir dessa conclusão, houve a indicação de qualidade de assistências, especialmente em relação à segurança “levando

em consideração que quando se analisam taxas de cesáreas e mortalidades o risco de infecção e complicações cirúrgicas são perigos potenciais especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura” (OMS, 2015, p. 4).

Em abril de 2015, Marleen Temmerman, ginecologista e diretora de Saúde Reprodutiva na OMS, afirmou que, em média, a taxa de cesárias na Europa é de 20% a 22% há 20 anos. Já nos Estados Unidos, a taxa é de 32,8%. Os números mais altos se encontravam na Colômbia com 42%, República Dominicana, 43%, Irã com 47%, Chipre com 50%. No Brasil, em 2010, a taxa estava em 52,3% e no final de 2014 chegou a 55%, colocando o país como líder mundial neste quesito (UNA-SUS, 2015, s/p).

No ano seguinte, em 2015, contudo, a *Revista Exame* publicou que pela primeira vez, desde o ano 2010, o número de cesáreas no Brasil havia caído. O país possuía o exemplo negativo chamado de cultura da cesariana, mas naquele ano “dos 3 milhões de partos feitos no Brasil, 55,5% foram cesáreas e 44,5% foram normais. Porém, considerando apenas a rede pública, o percentual de partos normais permanecia maior com 59,8% em comparação com 40,2% de cesarianas” (Revista Exame, 2015, s/p).

Para o Ministério da Saúde, esse percentual aconteceu devido às ações do Programa Rede Cegonha:

Para o governo, a mudança na curva ascendente de cesarianas foi possível com a implementação da Rede Cegonha e investimentos em 15 centros de parto normal, além da qualificação das maternidades de alto risco e de ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com as operadoras de planos de saúde. Na mesma linha, o ministério anunciou a capacitação de profissionais de saúde em 86 hospitais-escola do País, responsáveis por mais de mil partos por ano, para estimular o conhecimento sobre o parto normal entre os futuros médicos (Revista Exame, 2015, s/p).

Outra diferença relevante entre a Rede Cegonha e a RAMI, foram das cadernetas da gestante e das crianças que são entregues para cada mães em todos os Estados brasileiros desde 2013. A primeira, com informativos sobre amamentação, saúde bucal e nutrição. Já as cadernetas da criança, possuem como objetivo principal a condução vacinal, permitindo tanto os pais como os profissionais de saúde acompanharem de forma mais precisa o processo de crescimento e desenvolvimento da criança desde o nascimento até os seus 10 anos de idade, quando entram na fase da pré-adolescência (Ministério da Saúde, 2014).

No Programa Rede Cegonha, constavam informações sobre prevenção e proteção contra o mosquito *Aedes aegypti*, bem como a importância do tratamento da sífilis e prevenção da

sífilis congênita foram incluídas nas palestras e cadernetas, no qual foram investidos R\$ 3,7 milhões para a impressão de 3.192.737 cadernetas e fichas perinatais (Ministério da Saúde, 2014). A caderneta da gestante possuía 50 páginas, constituídas por tabelas com acompanhamento odontológico, atenção para sintomas considerados especiais durante a gestação, desenhos com dicas para as melhores posições para o parto normal, informações sobre os exames e vacinas do pré-natal, cuidados no puerpério, conforme as figuras abaixo:

Figura 4 - Capa da caderneta da gestante do Programa Rede Cegonha vigente entre os anos 2014 à 2021.



Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

Figura 5 - Informações sobre exames e vacinas:

Conheça os principais exames e as vacinas que você deve realizar durante o pré-natal:

- **Tipagem sanguínea e fator Rh** – identifica seu tipo de sangue. Se a gestante tem Rh negativo e o pai do bebê tem Rh positivo, ela deve fazer um outro exame durante o pré-natal, o Coombs Indireto. Após o nascimento, caso o bebê tenha Rh positivo, a mulher deverá tomar uma vacina em até 3 dias após o parto, para evitar problemas na próxima gestação. Você tem direito a essa vacina pelo SUS.
- **Hemograma** – identifica problemas como, por exemplo, anemia (falta de ferro no sangue), que é comum na gravidez e deve ser tratada.
- **Eletroforese de hemoglobina** – identifica a doença falciforme ou a talassemia, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez.
- **Glicemia** – mede a quantidade de açúcar no sangue. Se estiver alta, pode indicar diabetes, que deve ser cuidada com dieta, atividade física e uso de medicamentos.
- **Exame de urina e urocultura** – identificam a presença de infecção urinária, que deve ser tratada ainda durante o pré-natal.
- **Exame preventivo de câncer de colo de útero** – este exame precisa ser realizado periodicamente por todas as mulheres, de acordo com a necessidade. Procure saber se você tem a necessidade de fazê-lo durante o pré-natal.
- **Teste rápido de sífilis e VDRL** – identificam a sífilis, doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o bebê durante a gravidez. Em caso de teste positivo, a gestante e seu parceiro devem ser tratados o mais rápido possível. O tratamento da sífilis é simples e eficaz. Pela Rede Cegonha você tem direito ao teste rápido de sífilis no início do pré-natal.

• **Testes de HIV** – identificam o vírus causador da aids, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de a mulher e seu bebê ficarem saudáveis. Pela Rede Cegonha você tem direito ao teste rápido de HIV no início do pré-natal.

• **Teste de malária** – deve ser realizado em todas as gestantes da Região Amazônica, quer apresentem sintomas ou não.

• **Testes para hepatite B (HBsAg)** – identificam o vírus da hepatite B, que pode passar da mãe para o bebê durante a gravidez. Caso você tenha o vírus, seu bebê poderá ser protegido se receber a vacina e a imunoglobulina para hepatite B nas primeiras 12 horas após o parto. Pela Rede Cegonha você tem direito ao teste rápido de hepatite B no início do pré-natal.

• **Teste rápido para hepatite C (anti-HCV)** – identifica o contato prévio com o vírus da hepatite C, que deve ser confirmado por um outro exame (HCV-RNA).

• **Exames para o pai** – todos os homens adultos, jovens e adolescentes que participam do pré-natal têm direito a realizar exames para sífilis (teste rápido e VDRL), anti-HIV (teste rápido), hepatites virais B e C (testes rápidos), tipo sanguíneo e fator Rh, hemograma, lipidograma, glicose e eletroforese de hemoglobina.

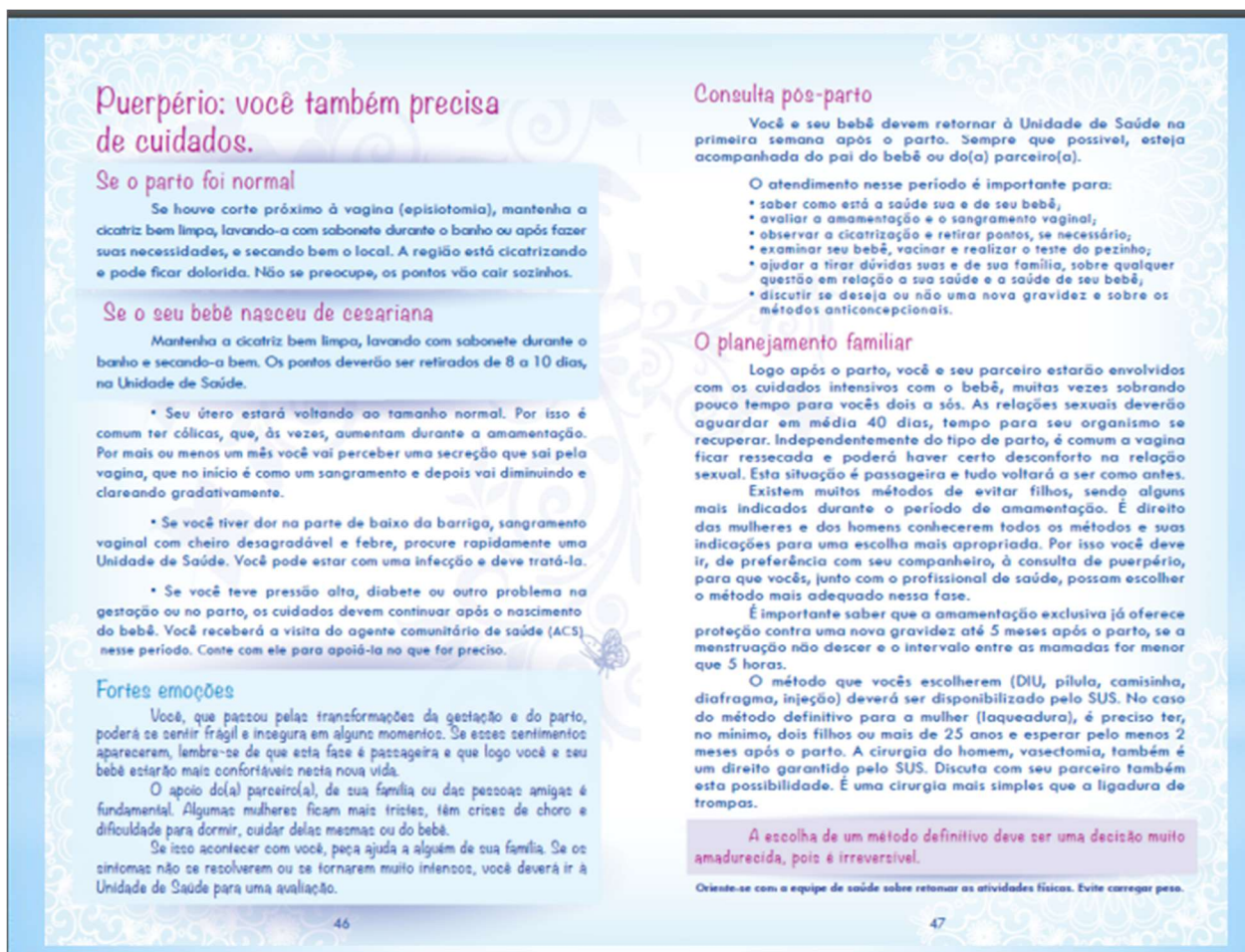
• **Vacina antitetânica (dT)** – protege contra o tétano no bebê e em você. Se você nunca foi vacinada, deve iniciar a vacinação o mais precocemente possível. Se já é vacinada e a última dose foi há mais de 5 anos, deve tomar um reforço.

• **Vacina contra a hepatite B** – caso você não seja vacinada, deve tomar 3 doses para ficar protegida.

• **Vacina contra gripe (influenza)** – recomenda-se para toda gestante durante a campanha de vacinação.

Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

Figura 6: Informações sobre cuidados no puerpério:



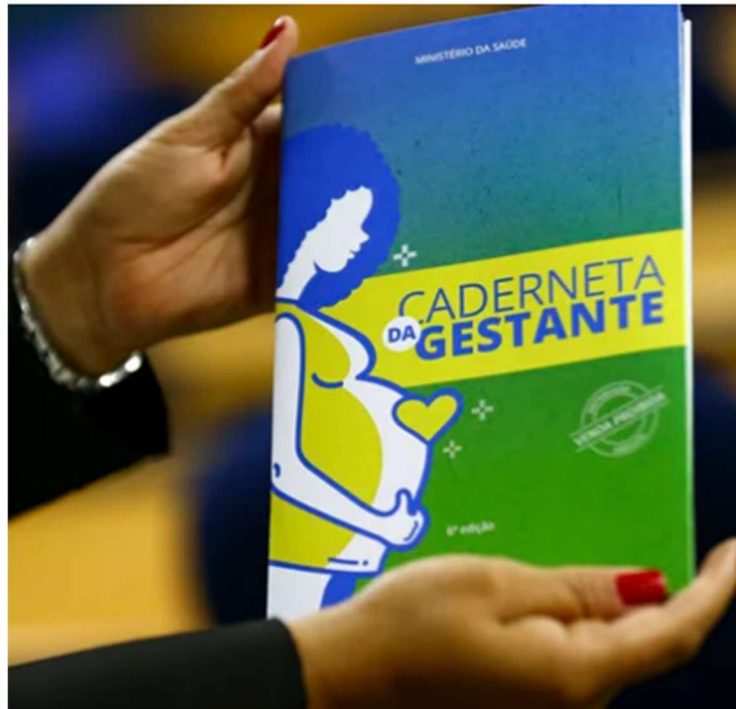
Fonte: Ministério da Saúde, 2014.

Em 2022, ao ser substituído pela RAMI, sua capa e seus conteúdos também mudaram. As alterações sofreram contínuas notas de repúdio da Fiocruz, de Conselhos Estaduais dos Direitos da Mulher e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Para eles, a “RAMI devolveu o protagonismo para o médico que a gente está tentando devolver à mulher” (Antunes, 2022, s/p).

Nesta edição da caderneta foram retiradas as informações sobre o mobilograma, que ensinava a gestante as orientações para monitorar o movimento do bebê, de maneira que ela tem um sinal de alerta caso precise procurar um atendimento de urgência. Bem como os dados sobre os traços e prevenções da anemia falciforme, que afeta principalmente pessoas negras e pardas. Incentivou a episiotomia, caracterizada pelo corte na região períneo durante o parto normal, conhecida popularmente como mutilação genital e por isso contraindicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2018. Indicou a amamentação como método contraceptivo, prática insegura informada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Por fim, incentivou a violência obstétrica pela recomendação ao

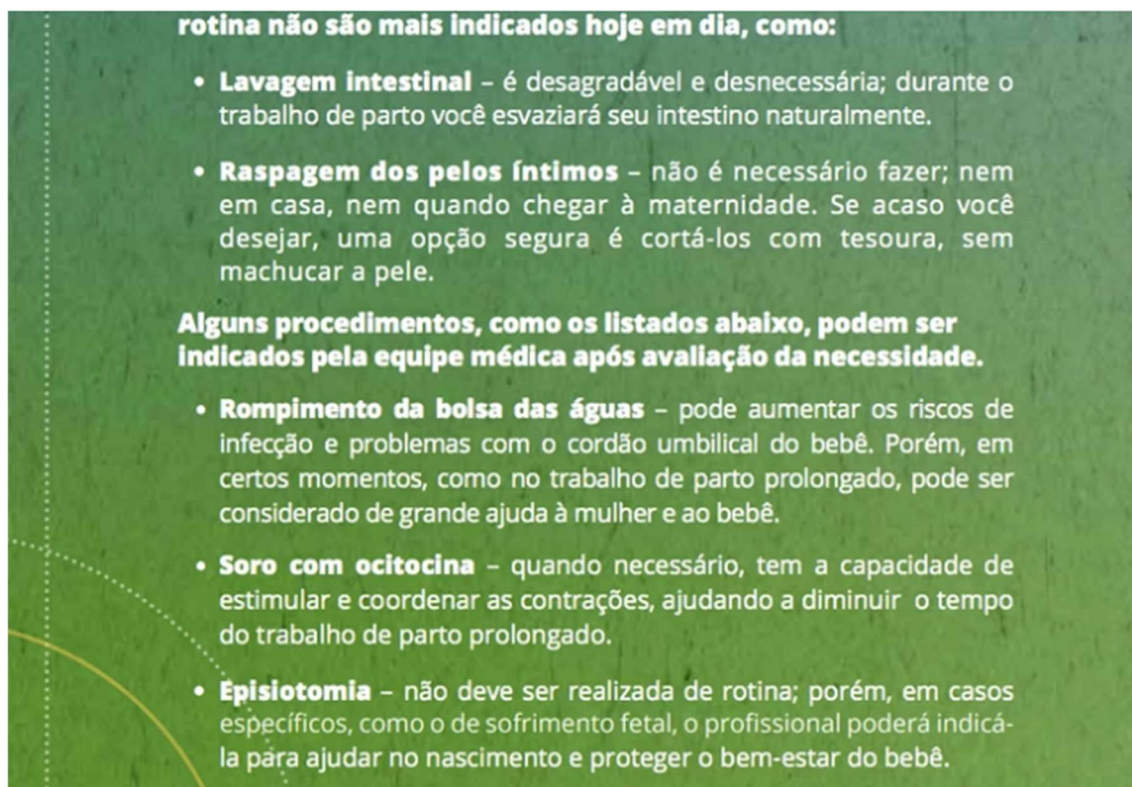
médico para utilização da manobra Kristeller, que são empurrões, apertões e pressões na barriga da gestante para forçar a saída do bebê (Antunes, 2022, s/p).

Figura 7: Capa da 6ª edição da Caderneta da Gestante, primeira ofertada pela RAMI.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Figura 8: Trecho da página 32 da Caderneta da Gestante ofertada pela RAMI, em que o Ministério da Saúde defende o uso da episiotomia a critério do médico.



Fonte: Intercept Brasil, 2022.

A *Carta Capital* publicou em 24 de maio de 2022, uma matéria escrita por Charlene Borges, intitulada: “Extinção da Rede Cegonha é uma grave violação aos direitos das mulheres”. Em uma canetada, o Ministério da Saúde extingue com uma das mais avançadas políticas direcionadas a mulheres grávidas da história do país” (Borges, 2022, s/p). No artigo, a jornalista afirma que uma das mudanças seria a extinção do uso de indicadores técnicos que possibilitavam visualizar o cuidado para com a gestação, o parto e o nascimento, assim, não seria mais possível avaliar as melhorias na saúde das mulheres.

Em 2023, o Ministério da Saúde sob o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva revogou a RAMI por meio da Portaria nº 2.561/2023, restaurando a Rede Cegonha, com poucas, mas eficazes ampliações, a exemplo de métodos contraceptivos como o *Larc*, o fortalecimento do banco de leite humano, aprimoramento das estratégias de investigações das mortalidades e a retomada do controle social com transparência e palestras de sensibilização e planejamento reprodutivo.

A título de exemplo está o “PET-Rede Cegonha” - Programa de Educação e Trabalho Saúde da Família – que aplicam palestras e oficinas do PRC em parceria com estudantes de medicina, enfermagem, farmácia e psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) em Vitória da Conquista, que promovem

palestras e atividades lúdicas que incentivam o aleitamento materno e realizam orientações sobre o planejamento familiar e a importância do contato físico com o bebê, entre outras (PMVC, 2012, s/p).

Já no que condiz a prevenções da gestação e planejamento reprodutivo, recentemente o site oficial da cidade de Guarulhos divulgou palestras onde a “Rede Cegonha atende adolescentes com método contraceptivo para evitar a gravidez precoce”, com objetivo criar um espaço de aconselhamento técnico sobre gravidez na adolescência utilizando métodos contraceptivos. O evento também aconteceu para adolescentes que se encontram em situação de acolhimento por determinação judicial junto ao Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças (GuarulhosWeb, 2024, s/p).

Posteriormente, o mesmo site trouxe o título “Rede Cegonha aplica método contraceptivo em mulheres em situação de violência” (GuarulhosWeb, 2024, s/p) que se referia ao dispositivo Implanon⁵⁹:

Na última sexta (10) e nesta segunda-feira (13) a equipe técnica da Rede Cegonha da Secretaria da Saúde de Guarulhos desenvolveu ações estratégicas de aconselhamento reprodutivo, entre elas a inserção do dispositivo Implanon em pacientes pré-selecionadas assistidas pela Asbrad (Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude). Um dos pilares da Rede Cegonha é assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo como política pública de saúde. Já o Implanon faz parte do grupo dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, cuja taxa de eficácia é bem alta. Para a médica Camila Luz Frade, ginecologista e obstetra, “o implante é um método estratégico para mulheres em situação de violência e vulnerabilidade, proporcionando segurança e, o mais importante, dando a opção de evitar uma gestação não planejada (GuarulhosWeb, 2024, s/p).

Outro destaque no retorno do Rede Cegonha foi o cumprimento inciso V do artigo 2 da portaria do programa, no que condiz ao enfoque de gênero:

A Rede Cegonha tem como princípios:
I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
III - a promoção da equidade;
IV - o enfoque de gênero;
V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

⁵⁹ Implante contraceptivo subdérmico, um dispositivo anticoncepcional. Sua ação dura por até 3 anos, sendo fácil de inserir e de remover. Sua eficácia é garantida e maior que a ligadura das trompas uterinas, que o dispositivo intrauterino (DIU) e o anticoncepcional. Ele libera porções de hormônio em quantidade inferior àquela presente na pílula. Trata-se de um bastão pequenino que tem cerca de 2 mm de diâmetro por 4 cm de comprimento, sendo semelhante a um palito de fósforo (Ministério da Saúde, 2022).

- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011, art. 2).

Em 2023, no Palácio República dos Palmares, situado no Centro de Maceió, houve o IX Encontro do Fórum Perinatal da Rede Cegonha, destinado a profissionais e gestores de saúde envolvidos com o cuidado materno e infantil, com o objetivo de “ofertar um espaço de diálogo, colaborando com a criação do conhecimento coletivo e com a educação em saúde sobre a homotransparentalidade e políticas públicas LGBTQIAPN+” (SESA, 2023, s/p). Isso significa que todo ser humano grávido deve ser atendido de forma humanizada pelo programa.

Sob a Portaria de nº 5.349/2024, no dia 12 de setembro de 2024, o presidente Lula anunciou ao lado da ministra da saúde Nísia Trindade, a Rede Alyne, um programa que reestrutura e substitui o Programa Rede Cegonha, com a meta de reduzir a mortalidade materna em 25% e a de mulheres negras em 50% até 2027, com investimento de R\$ 400 milhões em 2024 e R\$ 1 bilhão em 2025.

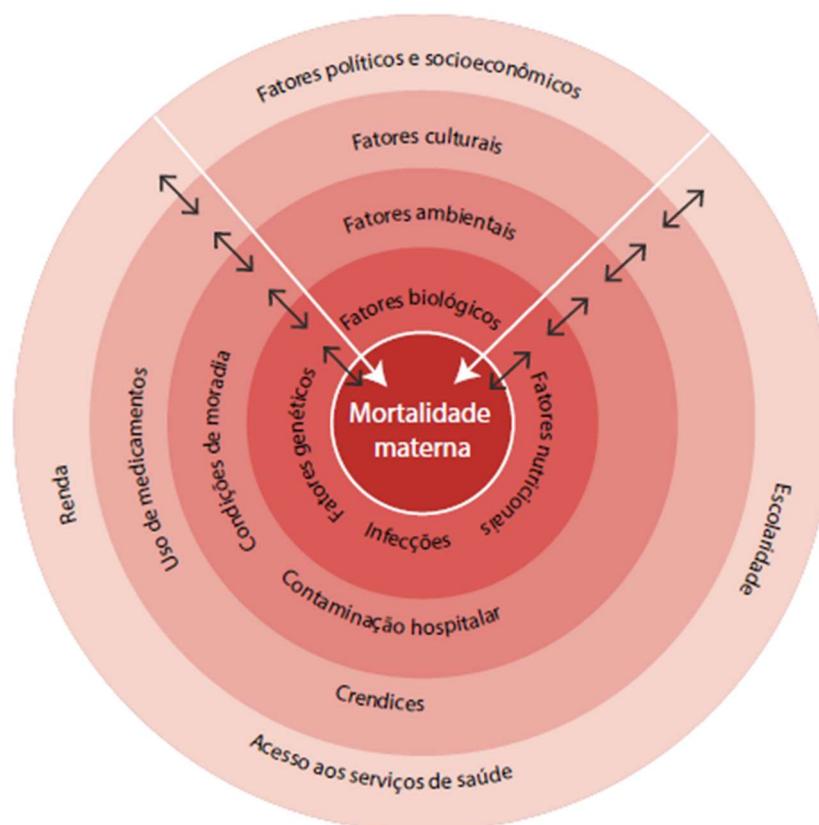
O nome do programa foi escolhido em homenagem a uma jovem negra chamada Alyne Pimental, mãe de uma criança de 5 anos e grávida de seis meses, que se sentiu mal novembro de 2011, buscando atendimento em uma unidade de saúde e recebendo apenas um remédio. Com negligência médica e sem fazer quaisquer exames, foi enviada para casa, falecendo de hemorragia digestiva, em Belford Roxo, Rio de Janeiro. Segundo Nadja Reis (2024, s/p), em 2007 a família de Alyne entrou com uma ação contra o governo brasileiro no Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, da ONU.

No dia do lançamento do programa, o *Jornal O Globo*, contou a história de Alyne, noticiando que em 2011— mesmo ano que se iniciou a Rede Cegonha — o comitê emitiu a condenação ao Brasil por não prestar atendimento adequado, determinando a indenização para a família e recomendando políticas para melhoria do atendimento a gestantes pelo serviço público de saúde. O valor foi pago por meio de uma solenidade e entregue pelas mãos da ministra dos Direitos Humanos da época, Maria do Rosário.

2.1 Mortalidade materna no Brasil e o PRC (2011-2016)

Observa-se que as causas da mortalidade materno infantil a serem combatidas entre os anos de 2011 e 2016 são variadas, e que, portanto, estão para além dos serviços prestados pelo PRC. As principais são os fatores perinatais, mas outros como desnutrição do bebê, excesso de cesarianas, anomalias congênitas ou má formação do feto, idade da mãe, local ou região de ocorrência parto, duração da gestação, situação conjugal e até mesmo grau de instrução da gestante — ou seja, que estão ligadas às desigualdades sociais, étnicas, de educação e renda — aumentam a vulnerabilidade das mulheres grávidas, além de doenças como hipertensão, viroses, hemorragias, infecções relacionadas a gravidez, ou doenças como a malária, sífilis e HIV (Ministério da Saúde, 2015), como representado na figura 9:

Figura 9 - Fatores de influência da RMM:



Fonte: Unidade 2 do caderno Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha, UNA-SUS.

O cálculo do Coeficiente de Mortalidade materno infantil deu-se por meio da fórmula: número de óbitos de mulheres por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério dividido pelo número de nascidos vivos e multiplicados por 100.000. Esses dados são formados e disponibilizados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de

Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Figura 10 - Tabela do coeficiente nacional e regional de mortalidade materna entre de 2006 a 2017.

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2006	55,6	56,1	63,9	45,6	62,5	60,4
2007	55,6	61,93	66,5	46,8	56,5	47,4
2008	57,6	55	71,6	44,8	61,6	64,2
2009	65,3	64,7	73,4	61,7	59,2	63,1
2010	60,3	61,4	70,9	54,0	55,7	58,9
2011	57,7	59,9	71,8	49,4	50,8	54,7
2012	56,6	63,2	67,6	48,1	52,4	57,8
2013	61,5	75,3	77,7	52,7	42,4	61,4
2014	63,4	80,8	76,3	56,6	46,9	55,9
2015	62,8	67,6	73,7	57,3	52,9	62,6
2016	58,4	72,5	67,5	53,6	40,1	62,5
2017	58,7	76,7	65,8	58,1	35,9	52,0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Para uma visão abrangente e melhor entendimento sobre os resultados do PRC deste período, o SIM e o SINASC apresentaram os números de óbitos maternos desde 2006 até 2017, totalizados em 20.229 mortes durante esses onze anos.

Analisando especificamente a partir do ano de 2011 — em que o PRC foi instaurado — a RMM diminuiu em 2,6 em relação a 2010, ano em que o programa ainda não era implantado. Comparado a 2012, ou seja, após completar um ano, a diminuição foi de 3,7 comparado a 2010.

Nos anos seguintes a RRM aumentou gradativamente, chegando ao número mais alto em 2014, onde elevou em 3,1 em comparação a 2010, voltando a diminuir em 2015 com 2,5 óbitos comparados a 2010. Os números baixaram efetivamente comparado ao ano base somente 2016 — último ano de gestão de Dilma Rousseff — com 1,9 a menos que 2010.

Nesse contexto, utilizando o cálculo da RRM, de 1990 a 2015, houve 62,8 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivo no país, não alcançando, portanto, a meta da ODM, que era de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos no Brasil (Ministério da Saúde, 2018, s/p):

Entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2015, o Brasil registrou 1.738

casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior (Ministério da Saúde, 2018, s/p).

Os óbitos que corresponderam a doenças diretas a gestação — e que reforçam a importância do acompanhando médico gestacional — foram de 20% devido a hipertensão, 23% a hemorragias, 7% a infecções puerperas, 5% a abortos e 7% a doenças cardiovasculares. Já os outros 49% pertenceram ao agravamento de doenças consideradas indiretas a gestação, como as virais, influenza H1N1, epidemias que aumentaram durante o período a exemplo da dengue, e, no caso do nordeste, pelo consumo de água contaminada e parada devido à seca causada pela falta de chuvas na região (Ministério da Saúde, 2013).

De acordo com a OMS, indicadores das causas materno infantis até 2014 que dizem respeito diretamente a assistência à saúde:

Figura 11 - Causas da mortalidade materno-infantil (2014)



Fonte: WHO. Maternal mortality. 2014.

O óbito de gestantes saudáveis e em idades férteis devem ser investigadas por outros órgãos, como os Comitês de Mortalidade Materna regidos pelo Ministério da Saúde, que possuem como um de seus objetivos além das prevenções dos óbitos por causas evitáveis, ações educativas e de informações as mulheres gestantes ou não. Já os óbitos descritos na tabela, referentes a sangramento severo, infecções após o nascimento do bebê, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e os abortos clandestinos, somam as maiores causas da morte materna e dependem de prevenção com assistência qualificada, sendo o PRC um programa de apoio direto as gestantes:

Com exceção do aborto e das infecções urinárias, a prevenção de todas as causas mais comuns de óbito materno depende basicamente da assistência hospitalar pronta e qualificada às emergências e ao parto. Dentre as causas das

mortes maternas, o relatório aponta o impacto que condições médicas preexistentes têm sobre a saúde da gravidez - como diabetes, Aids, malária e obesidade -, sendo responsáveis por 28% das mortes (UNA-SUS, 2014, p. 18).

A mortalidade referente aos abortos foi um dos indicadores pelo qual o Movimento de Mulheres e Feministas – MMF, acusou o governo da gestão de Dilma Rousseff de retrocesso e falta de diálogo com a comunidade feminina. Segundo Negrão (2015) a falta de direitos reprodutivos e sexuais das mulheres — que geram óbitos por abortos clandestinos — foram mantidos mesmo com a instauração do PRC, pois ele incentivou as mulheres a continuarem suas gestações, ofertando consequentemente a manutenção histórica da maternidade compulsória, sem oferecer opções reais sobre querer levar adiante ou não a gestação.

Giovanni completa a crítica:

Entre as fraquezas do modelo de atenção da RC, destacam-se a ambiguidade de posicionamento do governo em relação ao aborto, inclusive o aborto legal e a dificuldade de estruturação de dispositivos capazes de garantir a incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento (humanização e redução da violência obstétrica) e do direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério. As fraquezas apresentadas constituem-se na maioria por questões de processo de trabalho, organização e logísticas, que são questões próprias da gestão federal, presentes em quase todos os programas do MS e de governo (Giovanni, 2013, p. 86).

Télia Negrão (2011), coordenadora do MMF, afirmou que “infelizmente, a portaria se descolou da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com enfoque de gênero e da diversidade entre as mulheres, para uma perspectiva materno–infantil ineficaz no enfrentamento da morte materna” (Negrão, 2015, p. 207).

Negrão (2015) afirmou que o PRC foi contra as conquistas anteriores dos feminismos, “deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e assim, também a legalização ou descriminalização do aborto” (Negrão, 2015, p. 207), fazendo entender que a “figura da mulher que dá à luz desaparece, assim como os seus direitos sexuais e reprodutivos, dando lugar à cegonha, à concepção de saúde de mulher materno-infantil e ao Estado” (Santos e Pereira, 2021, p. 10), logo, incentivando a biologização, a essencialização e a normalização, que conforme O’Reilly (2016) são pressupostos ideológicos da maternidade patriarcal.

A afirmação de Negrão se tornou ainda mais relevante, quando em 30 de novembro de 2011, o jornal católico francês *Le Croix* postou em sua capa a manchete: “No Brasil, o Programa

Rede Cegonha protege recém-nascidos” (Zanatta, 2011, s/p), no qual, após uma visita do correspondente do jornal no Brasil no hospital universitário de São Bernardo do Campo, primeiro a participar do programa, ele interpretou que o mesmo estava em conformidade com ideologias religiosas, afirmando que a relação entre médicos e pacientes era humanizada pois “a luta contra a mortalidade infantil é fundamental para o Brasil pois a taxa de fecundidade no país caiu para 1,86 filhos por mulher. Com isso, a renovação das gerações não está garantida e se nada for feito a população brasileira deve começar a declinar a partir de 2030” (Zanatta, 2011, s/p).

Assim, a fala de Negrão (2011) apontava para a necessidade de diálogos, debates e políticas públicas voltada para o aborto no país. Aqui é preciso salientar que os objetivos do PRC vão além do combate específico a mortalidade materno infantil e do olhar ao início da gestação, que supõe a escolha pelo aborto ou não. Eles também se baseiam na municipalização de assistência médica ofertada as mulheres que já são mães e a bebês com até 24 meses de idade, com consultas, exames laboratoriais, vacinações, assistência de enfermeiros, orientações, informações de profissionais da saúde no puerpério e atenção integral a saúde da criança, o que inclui a “garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes” (Brasil, 2011, art. 2, inciso V).

Nesse contexto, no ano de 2013, o Ministério da Saúde distribuiu cartilhas sobre educação sexual, acesso facilitado a métodos contraceptivos, saúde mental e prevenção às drogas, foram entregues a adolescentes das comunidades por meio de palestras na Atenção Primária de Saúde:

Figura 12 - Partes da primeira folha da cartilha intitulada “Ações para a Saúde de Adolescentes e Jovens.

Adolescentes em Conflito com a Lei

A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime aberto e de privação de liberdade, é responsabilidade do SUS. O trabalho deve ser realizado por equipe multidisciplinar e oferecido, prioritariamente, pela rede local de saúde. A fim de qualificar as ações de saúde para essa população, em especial para adolescentes em medidas privativas ou restritivas de liberdade, o Ministério da Saúde dispõe de incentivos financeiros para municípios que tenham unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória em seus territórios e que façam adesão às diretrizes dessa Política (Portaria Interministerial MS/SDH/SPM nº 1.426/2004 e Portaria SAS/MS nº 647/2008).

Quem são?



O Brasil tem 51 milhões de adolescentes e jovens, 1/3 (um terço) da população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse grupo tem alto potencial de criar, sonhar, elaborar ideias e transformar a realidade. Para o desenvolvimento dessas potencialidades, é necessário ter saúde e isto deve ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, desenvolve uma série de ações para o atendimento desse público.

O trabalho, realizado em parceria com estados e municípios, tem como alicerce a atenção e o respeito às características específicas desta população como suas fases de desenvolvimento. As relações sociais e as oportunidades que os adolescentes e jovens encontram produzem diferentes formas de comportamentos, de inserção social e de cidadania.

Ministério da Saúde

Ações para a Saúde de Adolescentes e Jovens



Brasília – DF
2013

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Figura 13: Segunda folha da cartilha intitulada “Ações para a Saúde de Adolescentes e Jovens.

Cuidados na Rede Cegonha



A Rede Cegonha é uma estratégia que estrutura e organiza a atenção à saúde no Brasil para ampliar e garantir o acesso das mulheres adultas, jovens e adolescentes e das crianças aos serviços de saúde e ofertar uma atenção integrada, qualificada e resolutiva, favorecendo as práticas de saúde que defendam e protejam a vida. Para atender às singularidades e especificidades das demandas em saúde de adolescentes, a Rede Cegonha assume como uma de suas metas a promoção do acolhimento e atendimento qualificado e humanizado nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes. Assim, a Rede Cegonha contempla ações específicas para essa população nos seus componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção à Saúde da Criança, além do Planejamento Reprodutivo.

Atenção à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva



Para adolescentes e jovens esta dimensão é de intensa aprendizagem, descobertas e vivência da liberdade, como também de construção de capacidade para a tomada de decisões, de escolha, de responsabilidades e de afirmação de identidades. A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um lugar importante na construção da igualdade de gênero e da autonomia. Nesta ação, destacam-se:

- **Reconhecimento dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** é importante a promoção de estratégias que ampliem a visibilidade e o reconhecimento de adolescentes e jovens como sujeitos de direitos.
- **Educação em sexualidade:** os diversos serviços de saúde, escolas e outros equipamentos sociais podem realizar ações educativas junto a adolescentes e jovens, abordando as diferentes maneiras de vivenciar a sexualidade. Assim, é possível orientá-los quanto aos seus direitos e possibilidades para que as escolhas sejam mais saudáveis e responsáveis.
- **Acesso facilitado a métodos contraceptivos:** é importante que adolescentes e jovens recebam orientações e esclarecimentos sobre todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, inclusive os naturais e a anticoncepção de emergência, para que possam fazer escolhas livres, de acordo com seu projeto de vida.

Saúde Mental e Prevenção do Uso de Crack, Alcool e Outras Drogas

A prevenção envolve a articulação da saúde com setores que promovam espaços de participação, de autonomia juvenil frente às escolhas que acontecem em suas vidas. É importante que existam no território equipamentos e ações de cultura, lazer, esporte, educação e outros que promovam a saúde dos jovens. Mas é fundamental que adolescentes e jovens tenham, com absoluta prioridade, acesso de qualidade aos pontos de atenção e serviços da Rede de Atenção Psicossocial, inclusive na perspectiva da Redução de Danos.

Crack, é possível vencer

Prevenção de Violências e Promoção de Cultura de Paz

Juventude Viva

O SUS é espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidado e proteção de pessoas em situação de violências. As políticas voltadas à promoção da saúde e da cultura da paz baseiam-se em princípios de respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, do enfrentamento ao racismo e aos preconceitos, que contribuem com os altos índices de mortalidade da juventude brasileira.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Mesmo com a distribuição das cartilhas e campanhas sobre educação sexual e planejamento reprodutivo, é preciso ressaltar que apesar da gestão de Dilma Rousseff sofreu a pressão de grupos conservadores e religiosos — dentro e fora do plenário —, que eram contra esse debate como assunto de saúde pública. Um exemplo foi a pressão pela queda da Lei nº 12.845/2013 de 01 de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e humanizado de pessoas em situação de violência sexual, no qual, todas deveriam ser atendidas com amparo médico, psicológico e social. E as vítimas, se necessário, poderiam receber medicações corretas — como a pílula do dia seguinte — para evitar gravidez fruto de estupro.

Esse procedimento medicamentoso foi colocado no corpo do texto do PL por meio do termo “profilaxia de gravidez”, o que fez com que o deputado Marcos Feliciano (PSC-SP), na época presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara, protocolasse o pedido de veto, alegando que o termo criaria uma subjetividade que dá ao profissional o direito de pensar e agir da forma que quisesse, fazendo abortos, pois, “profilaxia é prevenção, e não existe prevenção de gravidez que já existe. Em vez de aplicar uma pílula do dia seguinte, pode-se fazer uma curetagem como procedimento abortivo” (MPRP, 2013, s/p).

Outro exemplo é o Projeto de Lei nº 5069/2013 assinado por Eduardo Cunha e mais doze deputados federais. Ele dificultava o aborto legal ao prever a criminalização de quem induzisse ou auxiliasse uma gestante vítima de estupro a abortar, sendo que para esse caso, o aborto que já é aprovado por lei. A tentativa de retrocesso levou inúmeras mulheres para protestarem nas ruas, porém, a aprovação foi somente adiada e não indeferida, retomada como apenso por meio do PL 2451/2021 do deputado Loester Trutis do Partido Liberal e novamente pelo PL 3850/2023, feito pelo deputado Eduardo Bolsonaro, do mesmo partido. O projeto ficou conhecido “PL do estupro” levando novamente a mobilização feminista e coletiva às ruas, com gritos e cartazes de “criança não é mãe” (Pimentel, 2024, s/p).

Portanto, a bancada conservadora demonstra parte de um contexto político conflituoso caracterizado pelo que Nancy Fraser (2020), chama de hegemonia neoliberal progressista, ou seja, eles são contrários a um Estado que é ativo na luta contra o machismo, homofobia, transfobia, porque consideram que esses problemas deveriam ser resolvidos em âmbitos privados. Isso justifica a dificuldade do debate e a não aprovação da legalização do aborto sem limite de tempo gestacional no Brasil, como acontece já nos Estados Unidos, El Salvador, Nicarágua, Polônia e outros 73 países.

Ceccim e Cavalcanti (2011), se posicionam de forma contrária a Negrão, afirmando que a importância do Programa Rede Cegonha e dos ativismos feministas não podem ser diminuídos

ou serem resumidos somente pela ausência de um diálogo inicial sobre o aborto. Segundo eles, O PRC resolveu problemas de falta de leitos em hospitais, precária assistência hospitalar e médica, avançou nos altos índices de mortalidade materno-infantil e uma das mais altas taxas de cesáreas do mundo — na época cerca de 80% na rede privada e 30% na rede pública — e pela primeira vez na história do país, a maternidade teria deixado de ser uma bioestatística para tornar-se direito e reconhecimento de cidadania:

Como admitir o aborto sem assegurar condições indiscutíveis de acesso à maternidade? Como proteger a mulher em um evento fisiológico, onde ela está submetida aos (pré) conceitos morais e legais da sobrevivência da espécie, justamente em um momento de abalo em sua estrutura física e subjetiva (com a experiência de aflição) representada pelo parto, sem indicar-lhe o alívio de uma rede de proteção pública, independente de valores, crenças e hábitos? O parto não pode pertencer apenas à mulher, ela não pode sofrer e nem entrar em aflição pela falta de políticas públicas que lhe reconheçam o direito de um parto seguro, esteja onde estiver. O país tem de oferecer serviços profissionais de auxílio ao parto, garantias de acesso às maternidades profissionais e garantia de proteção e auxílio ao pós-parto e puerpério (Ceccim; Cavalcanti, 2011, s/p).

Farah (2004, p. 65), afirma que “há programas que, embora focalizem as mulheres ou a elas dirijam módulos específicos acabam por reiterar desigualdades de gênero, reafirmando uma posição tutelada e subordinada da mulher, tanto no espaço público como no privado”. O que não ocorre com o PRC, pois atendeu também as não gestantes, reforçou o acesso de todas as mulheres a saúde como cidadãs, por meio por exemplo da oferta de exames, de pílulas e métodos contraceptivos e de palestras de sensibilização. Logo no primeiro ano de programa foram “distribuídos 200 mil testes de HIV, 160 mil testes de sífilis e capacitados mil multiplicadores para testagem de HIV e Sífilis” (Mensagem ao Congresso, 2012, p. 166). De 2012 a 2016 foram ofertados “3,03 milhões de testes rápidos de sífilis e 3,82 milhões de testes de HIV/AIDS” (Mensagem ao Congresso, 2016, p. 165).

No ano de 2012 já haviam sido feitas mais de 18 milhões de consultas de pré-natal, sendo que um milhão e seiscentas mil gestantes fizeram pelo menos sete ao longo da gestação, todas pelo SUS. Theophilo, Rattner e Pereira (2018) apresentou um artigo para a *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, cruzando o conceito sobre vulnerabilidade individual, social e programática⁶⁰, com os dados ofertados por uma pesquisa feita durante os meses de maio 2012

⁶⁰ A vulnerabilidade individual se refere ao grau e qualidade da informação que o indivíduo dispõe e a elaboração em sua vida prática. A vulnerabilidade social diz respeito ao conjunto de fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações. A vulnerabilidade programática

a junho de 2014, por meio da Pesquisa Da Ouvidoria Ativa do Rede Cegonha, através de um inquérito montado pelo Ministério da Saúde e administrado pelos atendentes do Disque 136, revelando que neste período, 50,8% das mulheres usuárias do PRC se autodeclararam pardas, 35,4% brancas, 10,6% pretas, 2,1% amarelas, 0,6% indígenas e de 0,5% não informaram sobre raça/cor.

Segundo o UNA-SUS, no ano de 2014 dois milhões de gestantes e seiscentas mil gestantes foram atendidas pelo programa. Mas, as ligações foram feitas para um milhão oitocentos e oitenta e seis mil novecentas e duas mulheres e somente duzentos e vinte oito mil novecentas e vinte e duas atenderam e responderam ao questionário. Além da raça, foi perguntado se a gravidez foi ou não planejada, se tiveram acompanhante durante o parto, o tipo de parto, a região da residência, e conforme a figura 14: a idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e se elas eram beneficiadas do Programa Bolsa Família.

Figura 14 - Distribuição das características socioeconômicas e demográficas segundo cor de pele de mulheres respondentes à Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (2012-2014).

corresponde aos programas e políticas pensadas e executadas pelo poder público e outras instituições para dar resposta para determinadas problemáticas (Theophilo; Rattner; Pereira. 2018, p. 2)

Característica		Branca		Preta-Parda	
		N	%	N	%
Idade	10-14	344	0,4	800	0,5
	15-19	13581	15,1	28519	18,3
	20-34	64154	71,4	109745	70,4
	35+	11730	13,1	16793	10,8
Estado Civil	Solteiro (a)	32065	35,7	65481	42,0
	Casado (a) e União Estável	56089	62,5	87581	56,2
	Divorciado (a) - Separado (a) - Viúvo (a)	1361	1,5	2133	1,4
	Não sabe/Não Informado	294	0,3	662	0,4
Escolaridade	Não sabe ler/Escrever	184	0,2	509	0,3
	Alfabetizado(a)/Nível Fundamental Incompleto	19154	21,3	41918	26,9
	Nível Fundamental Completo/Nível Médio Incompleto	23299	25,9	43213	27,7
	Nível Médio Completo/Nível Superior Incompleto	42422	47,2	64972	41,7
	Superior Completo	4685	5,2	5097	3,3
	Não sabe/Não Informado	65	0,1	148	0,1
Renda	Sem renda	4416	4,9	10721	6,9
Familiar	Menos de 1 salário mínimo	14448	16,1	40717	26,1
	Entre 1 e 2 salários mínimos	53686	59,8	87018	55,8
	Mais de 2 salários mínimos	14786	16,5	13417	8,6
	Não sabe/Não Informado	2473	2,8	3984	2,6
Bolsa Família	Recebe SIM	19917	22,2	49596	31,8
	Recebe NÃO	69817	77,7	106113	68,1
	Não sabe/Não Informado	75	0,1	148	0,1
Região da Residência	Norte	3117	3,5	15617	10,0
	Nordeste	14547	16,2	50770	32,6
	Centro-Oeste	6159	6,9	16026	10,3
	Sudeste	39916	44,4	61214	39,3
	Sul	26070	29,0	12230	7,8
Total		89809	100,0	155857	100,0

Fonte: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2018.

Em comparação a proporção maior de gestantes adolescentes, 18,8% eram negras e 15,1%, brancas, respectivamente. Que se declaram solteiras, 42,0% eram negras e 35,7% brancas. Analfabetas ou com nível fundamental incompleto, 27,2% negras 21,5% brancas. Mulheres sem renda ou recebendo menos de 1 salário-mínimo, 33,0% negras e 21,0% brancas. Recebendo bolsa família, 31,8% negras e 22,2% brancas. A maioria das brancas se encontraram na região Sul e Sudeste, com 73,4% e 47,1% negras e pardas. Já na região Norte e Nordeste, as estatísticas indicam uma porcentagem duas vezes maior do que de mulheres brancas, 32,6% com mães negras e 16,2% de brancas.

Em relação à falta de planejamento da gravidez, as mães negras foram maioria e também receberam menos atendimentos de pré-natal no PRC, esperaram mais tempo para serem atendidas e levaram menor número de acompanhantes que as grávidas brancas. A pesquisa também informou o total de atendimentos, sendo por 64,7% de pretas e pardas e 71,6% de mulheres brancas (Theophilo; Rattner; Pereira. 2018, p. 4).

As estatísticas são justificadas por fatores históricos marcados pelo racismo estrutural, exclusões sociais, políticas e de mecanismos legais de embranquecimento que enfatizaram a desigualdade e marginalizaram pessoas negras em vários níveis, tornando-os socialmente mais vulneráveis e com menos acesso a saúde:

Os reflexos das violências estruturais, seja por leis, seja pelo próprio processo de escravidão, relegaram a população negra à condição de subalternidade na sociedade nacional. As consequências disso são as exclusões sociais – marcadas pelo preconceito e racismo – e econômicas – perceptíveis pela pobreza, pela menor escolaridade e pela dificuldade no acesso a serviços e bens públicos – que essa população viveu e ainda vive no Brasil. As mulheres negras, dessa forma, estariam sob o impacto dos determinantes produzidos pelo movimento histórico, que construiu formas culturais específicas de se pensar a população negra, bem como vulneráveis às condições sociais produzidas por uma sociedade desigual. A redução da vulnerabilidade em Saúde Pública depende do conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018, p. 6).

Em relação às mães indígenas, o PRC respeitou as tradições do cuidado com a gestante e com o bebê com a ajuda do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI. São ofertados apoios nutricionais, oficinas de trocas de saberes entre parteiras do SUS e das aldeias. Já para as crianças, em vez de apenas 24 meses, as indígenas possuem acompanhamento durante 60 meses. Já os partos, podem ser feitos pelas próprias mulheres da comunidade autóctone, respeitando a cultura e autonomia das gestantes. Para os partos de alto risco são ofertados transportes aéreos e mesmo no hospital as especificidades multiculturais são respeitadas:

Os partos em muitas regiões do país ocorrem na aldeia e, os hospitais de referência e outros serviços de saúde que realizam partos, devem ser articulados para atender os casos em que uma referência seja necessária. Estes hospitais, pactuados junto ao município, recebem o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI – Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007) para que as especificidades indígenas como alimentação adequada, parto em posição escolhida, destino da placenta, direito a acompanhante ou cuidador tradicional, uso de redes, entre outros, sejam garantidos em caso de necessidade de parto hospitalar. Evitando assim, que estas mulheres sejam separadas dos seus familiares, percam sua privacidade e autonomia sobre seus corpos e sejam desrespeitadas quanto aos seus valores, crenças, culturas e direitos, trazendo sofrimentos desnecessários (Ministério da Saúde, 2013, p. 7-8).

Ao observar os dados apresentados pelo Caderno Saúde Brasil de 2010, observamos que as gestantes indígenas eram as que recebiam a menor quantia de consultas de pré-natais:

Em 2009, para os recém-nascidos de cor branca, mais de 70% das mães declararam ter realizado 7 ou mais consultas pré-natal, enquanto essa proporção cai para 61,5% para as mães de recém-nascidos de cor amarela, para 52% para mães de recém-nascidos de cor preta, para 46% para mães de recém-nascidos de cor parda e para apenas 18% para mães de recém-nascidos indígenas (Caderno Saúde Brasil, 2010, p. 41).

No que tange aos objetivos do PRC que se trata das crianças, ambos os cálculos que condizem ao combate à mortalidade infantil — conceituada pelo óbito de crianças que ocorreram antes de completar um ano de vida, e a fetal, que considera morte de um concepto antes da expulsão do corpo da mãe independente da duração da gravidez — são feitos pela taxa que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Ele se baseia em número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Ministério da Saúde, 2012)

O Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal da SIM aponta que no ano de 2010, um ano antes da implantação do PRC, houve 27.565 (vinte e sete mil, quinhentos e sessenta e cinco) óbitos infantis e fetais no Brasil. No ano de 2011, quando o PRC foi implantado, o número diminuiu em apenas 96 (noventa e seis) óbitos comparados a 2010. Já em 2012 — com um ano de PRC — os óbitos em diminuíram 676 (seiscentos e sessenta e seis) em relação ao mesmo ano:

Alguns autores atribuem essa queda, especialmente, a mudanças nas condições de saúde e vida da população. Melhoria nos serviços de atenção primária à saúde, que proporcionou maior acesso ao pré-natal e promoção do aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida; aliados a uma melhoria na distribuição de renda, no nível de escolaridade da mãe, nas condições de habitação e alimentação são alguns pontos destacados nesse processo (Ministério da Saúde, 2021).

Em 2014, a SIM aponta 1.364 (mil trezentos e sessenta e quatro) óbitos a menos, comparado a 2010. No ano seguinte, os óbitos diminuíram em 2.142 (dois mil, cento e quarenta e dois) que o ano-base. Já em 2016, último ano do governo Dilma Rousseff, os dados obtiveram 3.192 (três mil, cento e noventa e dois) óbitos a menos comparados a 2010. Segundo o Ministério da Saúde (2016) a constante queda é atribuída também aos programas que incluem o pré-natal das mulheres gestantes.

CAPÍTULO 3

3. O Programa Rede Cegonha a luz do feminismo matricêntrico

Ao cunhar o feminismo matricêntrico, Andrea O'Reilly (2016) definiu como maternidade patriarcal toda a carga materna depositada nas mulheres mães que as privam, individualizam e despolitizam, acreditando que aceitá-la silenciosamente não estimulando suas desconstruções é colaborar com as opressões as maternidades, sendo preciso criar esforços múltiplos e coletivos para valorizá-las, ressignificando suas maternagens.

Além disso, a autora afirma que da mesma forma que a maternidade patriarcal foi socialmente construída, ela pode ser desafiada e mudada (O'Reilly, 2016):

Ao interrompermos ou desconstruirmos a narrativa patriarcal da maternidade, torna-se possível desestabilizar a sustentação de seu discurso e sua consequente interferência nas práticas e significados da maternagem. Cria-se, então, um espaço de articulação de contranarrativas que visem a estimular alternativas de maternagem que empoderem as mulheres, em vez de oprimi-las (O'Reilly, *apud* Mendonça, 2014, p. 29).

O Programa Rede Cegonha foi uma política pública que estimulou essa desconstrução por ser um programa voltado especificamente para as mães e suas maternidades, logo, pelo viés do olhar matricêntrico ele valoriza a figura materna dentro da sociedade, tendo como objetivo principal — mas não único — a diminuição da mortalidade materna.

Mas, para além da metas a serem alcançadas por meio dos seus serviços ofertados como um programa social do Estado, é necessário indagar: a luz do feminismo matricêntrico, o Programa Rede Cegonha contribuiu para a diminuição da maternidade patriarcal criado por O'Reilly (2016)? Essa resposta provém de uma associação entre dois enfoques: os objetivos desse feminismo e o campo histórico no qual o programa foi construído.

Ao ler o livro *The Motherhood Movement* de Caroline Gatrell (2010) O'Reilly se deparou com a dificuldade que tivera ao definir os movimentos para as maternidades no século XXI devido à falta de lideranças políticas e de reconhecimento delas como uma categoria que reivindicaria um reconhecimento exclusivo a suas necessidades, crenças e prioridades, afirmando que “ao contrário de movimentos como o sufrágio feminino ou campanhas por um parto mais centrado na mulher o movimento da maternidade hoje não está focado em nenhum aspecto único das necessidades das mulheres” (Gatrell *in* O'Reilly, 2021, p. 138, tradução

nossa)⁶¹. Para O'Reilly (2021) Gatrell se referia ao fato de as mães não terem identidade política, liderança, propósito comum e valores compartilhados para todas elas para se qualificarem como um movimento social, particularmente quando comparado a outros que buscam direitos civis e mesmo como um feminismo.

Assim, O'Reilly (2021) afirma que a maternidade até então era um problema sem nome diante dos feminismos, isso porque os movimentos maternos possuem “vários campeões diferentes, cada um trabalhando por seus objetivos” (O'Reilly, 2021, p. 139, tradução nossa)⁶², ou seja, sem desvalorizá-los, a autora retoma a importância de uma práxis para as mães onde essa seja feminista e abrangente, que debata os diversos problemas específicos delas diante da maternidade patriarcal, de forma ampla e não por motivos e casos isolados. Deixando claro que o quarto momento do feminismo é um campo propício⁶³ para essa discussão, por meio de “e-mails, blogs, sites, Facebook, Twitter e comunidades online” (O'Reilly, 2021, p. 139, tradução nossa)⁶⁴, pois as mães precisam se enxergar como uma categoria específica entre as mulheres.

Dessa forma, as feministas matricêntricas lutam em prol de uma agenda compartilhada onde as mães e os problemas maternos são centrais, entendendo que:

- a) O pessoal é político, portanto, a maternagem é um problema de domínio público.
- b) Negar noções essenciais de maternidade é abdicar a transformação da visão e experiência individual e isolada para uma mudança social em larga escala.
- c) Intencionalmente ou não, as relações tradicionais de classe, gênero e poder devem ser perturbadas.

Ao falar sobre as relações de classe e poder, O'Reilly (2021, p. 233) se refere a ilusão que o neoliberalismo trouxe às mães como mulheres autônomas e autossuficientes — sobretudo a partir de 1990 —, mascarando as suas dependências humanas e gerando a maternidade intensiva. Esse debate é importante, pois, a luz do feminismo matricêntrico a maternidade deve ser um assunto de domínio público, olhado e amparado pelos governos.

⁶¹ “unlike movements such as women's suffrage or campaigns for more woman-centered childbirth, the maternity movement today is not focused on any single aspect of women's needs” (Gatrell in O'Reilly, 2021, p. 138).

⁶² “several different champions, each working towards their own goals.” (O'Reilly, 2021, p. 139).

⁶³ A partir de seus estudos, Itaborá (2013) afirma que muitas mães deixam de ir as ruas lutar para cuidar de seus filhos, e quando vão, escutam: “em vez de cuidar de seus filhos, ela está em movimento”. Ela completa dizendo que para os grupos hegemônicos, levar crianças pequenas para reuniões políticas é visto como perturbador das fronteiras público-privado, principalmente as atípicas. Logo, nesse sentido, a internet se torna um campo mais confortável para muitas mães.

⁶⁴ emails, blogs, websites, Facebook, Twitter and online communities (O'Reilly, 2021, p. 139).

Isso porque, segundo a economista Lena Maria Paulani (1999), o neoliberalismo é caracterizado pela economia do mercado e pela liberdade individual, sendo assim, o igualitarismo promovido pelo estado de bem-estar social destrói a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, tendo em vista que a prosperidade de todos depende desses termos. Ela completa afirmando que o mercado é a única instituição capaz de respeitar a primazia do indivíduo e assim, as ações sociais do Estado “acabava por retirar do indivíduo a primazia que ele devia ter como fonte por excelência da ação” (Paulani, 1999, p. 120).

Nesse sentido, Wendy Brown (1999) afirma que em nome da liberdade individual, o neoliberalismo desorienta a sociedade em muitas frentes:

Politicamente, envolve o desmantelamento ou a privatização do Estado social -seguridade social, educação, parques, saúde e serviços de todos os tipos. Legalmente, envolve o manejo de reivindicações de liberdade para contestar a igualdade e o secularismo, bem como as proteções ambientais, de saúde, de segurança, laborais e ao consumidor. Eticamente envolve a contestação da justiça social por meio da autoridade natural dos valores tradicionais. Culturalmente, implica uma versão do que os ordoliberais chamaram de "desmassificação", escorando os indivíduos e famílias contra as forças do capitalismo que os ameaçam (Brown, 2019, p. 48).

Entende-se, portanto, que o neoliberalismo afasta as mulheres da luta coletiva por enfatizar a individualidade, mas em contrapartida, os feminismos acreditam que “não há liberdade se todas as mulheres não couberem nela” (Arruzza; Bhattacharya; Frazzer, 2019, p. 11). Além disso:

Em nome da “responsabilidade individual”, o neoliberalismo cortou as verbas públicas de programas sociais. Em alguns casos, comercializa serviços públicos, transformando-os em um fluxo de lucro direto; em outros, transfere-os às famílias isoladamente, forçando-as – e em particular as mulheres – a suportar todo ônus do cuidado. O resultado é encorajar ainda mais a violência de gênero (Arruzza; Bhattacharya; Frazzer, 2019, p. 45).

Para O’Reilly (2021) a ideologia do neoliberalismo repousa nas seguintes suposições e práticas: a regra do mercado, política de livre comércio, corte de gastos públicos para serviços sociais como educação e saúde, intervenção governamental mínima e desregulação, privatização, que resulta no público pagando ainda mais por suas necessidades e eliminando o conceito de bem público. Quando há ênfase no neoliberalismo, muitos serviços⁶⁵ antes

⁶⁵ Aqui é notório dizer que O’Reilly não utiliza o termo “política pública” na gama de serviços ofertados pelo governo dando prioridade ao termo assistência, porque seus estudos para construção do feminismo matricêntrico foram voltados para teorias e literaturas maternas.

fornecidos pelo governo, como escolaridade, educação, cultura, arte, recreação, assistência, passam a ser transferidos em forma de trabalho para as mães, fazendo com que elas façam mais pelos filhos com muito menos recursos. Dessa forma, ela deixa claro a importância dos serviços públicos no combate à maternidade patriarcal, ou seja, diante do emaranhado de sobrecarga sobre as mães.

Segundo Soares (1998) o feminismo é a ação política de mulheres, ele reivindica e busca a construção de novos sistemas pautados na liberdade e igualdade social. Ou seja, englobando teoria e prática, as mulheres são sujeitos históricos que reconhecem o poder público-estatal, mas sobretudo o movimento coletivo de transformação social:

O conceito de feminismo aqui utilizado parte do princípio de que o feminismo é a ação política das mulheres. Engloba teoria, prática, ética e toma as mulheres como sujeitos históricos da transformação de sua própria condição social. Propõe que as mulheres partam para transformar a si mesmas e ao mundo. O feminismo se expressa em ações coletivas, individuais e existenciais, na arte, na teoria, na política. Reconhece um poder não somente no âmbito do público-estatal, mas também o poder presente em todo o tecido social, fazendo a concepção convencional da política e a noção de sujeito se ampliarem (Soares, 1998, p. 32-33).

E sobre o social, Wendy Brown (2019) afirma:

O social é um domínio vital da justiça, porque é nele que as histórias e hierarquias consolidadas de uma determinada região, nação ou civilização são reproduzidas. O reconhecimento dos poderes sociais é a única maneira de entender o protesto do *take a knee* ou a afirmação de que vidas negras importam, as altas taxas de suicídio entre adolescentes *queer* ou as mulheres que trabalham mais por menos. Além disso, o social é o que nos conecta de maneiras que excedem os laços pessoais, a troca de mercado ou a cidadania abstrata. É lá que nós, como indivíduos ou uma nação, praticamos ou falhamos em praticar a justiça, a decência, a civilidade e o cuidado, para além dos códigos do instrumentalismo e do familialismo de mercado. E é aí que a igualdade política, essencial à democracia, é feita ou desfeita (Brown, 2019, p. 53).

Nesse sentido, o neoliberalismo remaneja as mulheres para um lugar de elitismo e individualismo, condenando-as a discriminações meritocratas que são disfarçadas por termos como empoderamento feminino, liberdade de escolha ou mesmo mulheres talentosas, transformando corpos, talentos, fé, trabalho, amor, desejos e até as próprias mulheres em mercadorias (Arruzza; Bhattacharya; Frazzer, 2019, p. 14). Enquanto os feminismos não propõem uma luta separatista, mas social, que inclui o alcance de políticas públicas, bem como

habitação de baixo custo, direitos trabalhistas, sistema de saúde gratuito e universal, batalhando por um mundo sem racismo, nem guerra (Arruzza; Bhattacharya; Frazzer, 2019, p. 32).

Como todos os feminismos, o matricêntrico também busca essa luta social, se diferenciando dos demais por ter as mães como sujeitos de transformações de suas condições sociais frente as diversas demandas impostas sobre as maternidades, lutando para desconstrução da maternidade patriarcal (conceituada nessa pesquisa pela associação da maternidade normativa, intensiva e pelo novo momismo), entendendo que esse emaranhado é fruto da desigualdade de gêneros na sociedade.

Nesse sentido, relembrar o campo histórico e político em que o PRC foi instaurado se faz necessário pois traz à tona a participação das mulheres na agenda de políticas públicas, evidenciando que esse interesse acontece, pois essas políticas são mecanismos de assistências para elas por meio do Estado. E no caso das destinadas a maternidade, ao ofertarem subsídios as mães, garantem menos esforços físicos, econômicos e psicológico para elas e suas maternagens, gerando maior agência e autonomia de suas vidas (O’Reilly, 2021, p. 161).

Para que as mulheres fossem atendidas pelas políticas públicas que olhassem demandas em prol dos objetivos dos feminismos, este passou por momentos ou “ondas” com diferentes formas de participações e conseqüentemente, com objetivos e conquistas que se tornaram cada vez mais alargadas para as mulheres. Segundo Pinto (2003), o primeiro momento feminista no Brasil foi expresso pela luta pela do voto feminino por meio do Movimento Sufragista e por um femismo das mulheres de classe média e alta, conhecido como “bem-comportado”⁶⁶ (Pinto, 2003, p. 26).

O segundo momento, nasceu durante o regime militar brasileiro na década de 1970 e “buscou um reforço na opressão patriarcal e teria se caracterizado por um movimento contrário de liberação, no qual as mulheres discutiam a sua sexualidade e as relações de poder, deslocando a atenção da igualdade para as leis e os costumes” (Matos, 2010, p. 68), assim, por um lado elas se articularam publicamente em grupos de resistência contra a ditadura, por outro, lutaram contra a hegemonia masculina, por direitos reprodutivos, exercícios do prazer e contra a violência sexual.

⁶⁶ Em suma, se a luta das mulheres cultas e das classes dominantes se estruturava a partir da luta pelo voto, não era tão-somente porque essa se colocava como a luta do momento nos países centrais, mas também porque encontrava respaldo entre os membros dessa elite e conseguia respeitabilidade até da conservadora classe política brasileira. Era, portanto, um feminismo bem-comportado, na medida em que agia no limite da pressão intraclasse, não buscando agregar nenhum tipo de tema que pudesse pôr em xeque as bases da organização das relações patriarcais (Pinto, 2003, p. 26).

Já o terceiro momento do feminismo brasileiro foi caracterizado pelo feminismo difuso, com mulheres negras, lésbicas, indígenas, rurais — ou seja, com enfoque nas singularidades entre as próprias mulheres, resultando em feminismos plurais — e pelas suas participações no processo de redemocratização do país. Segundo Farah (2004) o Estado teve como prioridade a descentralização com a participação da sociedade civil na implementação e formulação de políticas públicas, impulsionando assim os movimentos sociais — incluindo os feminismos — para refletirem suas críticas e estratégias perante o Estado (Farah, 2004, p. 50).

Segundo Margareth Rago (2002), não há como garantir a democracia sem equidade de gênero, tornando preciso feminizar os espaços de poder para promover uma cultura filógena. Nesse sentido, o terceiro momento do feminismo encontra novas maneiras de se articular de forma coletiva, o que incluiu a participação das ONGs⁶⁷ que exerceram papéis centrais de articulação entre as políticas e os movimentos sociais.

Matos (2010) traz algumas características do período:

- 1) tentativas de reformas nas instituições consideradas democráticas (com a criação dos Conselhos da Condição Feminina, das Delegacias de Atendimento Especializado às Mulheres, por exemplo);
- 2) tentativas de reforma do Estado (com a forte participação das mulheres organizadas no processo da Assembleia Constituinte de 1988, por exemplo);
- 3) busca de uma reconfiguração do espaço público, por meio da forte participação de “novas” articulações dos movimentos de mulheres (mulheres negras, lésbicas, indígenas, rurais etc.);
- 4) uma posterior especialização e profissionalização do movimento. Este terceiro momento marca o início de uma aproximação cautelosamente construída junto ao Estado (Matos, 2010, p. 68).

A aproximação com o Estado em busca direitos e igualdades de gênero é vigente também no quarto momento do feminismo brasileiro. Ele é caracterizado por sua pluralidade reforçada pela interseccionalidade entre gênero, raça, sexualidade, classe e geração, já iniciada anteriormente no terceiro momento, bem como, pela criação de mecanismos para a elaboração de políticas públicas para as mulheres.

Matos (2010) amplia as características do quarto momento feminista no Brasil:

⁶⁷ A partir de 1980, além dos movimentos sociais, a elaboração de políticas passou a ter a participação das ONG'S. Por um lado, a presença dessas das ativistas desses setores possuiu uma importante vinculação com os setores populares ao disponibilizar conhecimentos técnicos no levantamento de demandas, denúncias e proposição de políticas. Mas por outro lado, como interlocutoras, as ONG'S se adequam a lógica do mercado de projetos, que pode impulsionar políticas que privilegiam alternativas de pobreza, excluindo a responsabilidade do Estado diante delas, como também, tira a autonomia dos feminismos (Alvarez, 1998).

- 1) da institucionalização das demandas das mulheres e do feminismo por intermédio da elaboração, implantação e tentativas de monitoramento e controle de políticas públicas para as mulheres que tenham claramente o recorte racial, sexual e etário, bem como a busca do poder político, inclusive o parlamentar;
- 2) da criação de novos mecanismos e órgãos executivos de coordenação e gestão de tais políticas no âmbito federal, estadual e municipal;
- 3) dos desdobramentos oriundos da institucionalização, com a criação de organizações não-governamentais, fóruns e redes feministas e, em especial, sob a influência das inúmeras redes comunicativas do feminismo transnacional e da agenda internacional das mulheres;
- 4) um novo *frame* para a atuação do feminismo, desta vez numa perspectiva trans ou pós-nacional que deriva daí um esforço sistemático de atuação em duas frentes concomitantes: uma luta por radicalização anticapitalista, por meio do esforço de construção da articulação entre feminismos horizontais, e de uma luta radicalizada pelo encontro de feminismos no âmbito das articulações globais de países na moldura Sul-Sul (Matos, 2010, p. 68).

Dessa forma, as reivindicações dos movimentos feministas têm a estrutura governamental como formuladoras e executoras de políticas públicas. E os quatro momentos do feminismo contribuem para entendermos a afirmação de O'Reilly (2021) no que tange tanto a ausência como a necessidade de assistências públicas como fatores que aumentam e diminuem a sobrecarga para as mães.

Isso fica claro quando ela expõe sua crença de que a prática materna é caracterizada por três demandas: preservação, (caracterizada pelos primeiros cuidados ao bebê), crescimento (cuidados na infância) e aceitação social (cuidados na adolescência em diante). Dentro da maternidade patriarcal, esse trabalhos são vistos como essenciais, habituais e instintivos, exercido pelas mães por meio do “coração e não pela mente e é desenvolvido a partir do âmbito privado e não do âmbito público da ação social” (O'Reilly, 2021, p. 156, tradução nossa)⁶⁸, contudo, aos olhos do feminismo matricêntrico são serviços que necessitam de contribuições e cuidados públicos.

A partir disso, podemos notar que sob o governo de Dilma Rouseff, o Programa Rede Cegonha é instaurado em consonância ao quarto momento feminista no Brasil para atender uma necessidade em saúde pública no país, mas também como uma política pública de uma gestão federal disposta a olhar e dialogar com mulheres — com a presença do feminismo estatal e dos movimentos e organizações na primavera das mulheres.

Além disso, o PRC faz parte de um “Pacto Neodesenvolvimentista” característico dos governos petistas (Pfeiser, 2014, p. 763), ou seja, ele não se insere nos gastos do setor público

⁶⁸ heart rather than mind, and is developed from the private rather than the public sphere of social action (O'Reilly, 2021, p. 156).

que contribui com o setor privado, mas faz parte do jogo político dentro da democracia em que os eleitores exigem o aumento dos investimentos em educação, saúde, assistência e seguridade social como sujeitos políticos portadores de direitos como cidadãos. Assim, o PRC esteve introduzido em um pacote de políticas públicas redistributivas onde o governo restringe a ideia de desenvolvimento para o crescimento econômico e para a industrialização, incorporando o social no interior de sua política neodesenvolvimentista, ou seja, buscando a redução das desigualdades sociais e melhoria no padrão de vida da população por meio dessas políticas (Pfeifer, 2014).

Apesar disso, o olhar do feminismo matricêntrico sob o PRC se torna essencial a partir do momento que “consideramos o Estado como garantidor do bem-estar social e, portanto, as políticas públicas relacionadas às mulheres têm menos vínculo com a iniciativa do Estado propriamente dita do que com as demandas elaboradas pelos movimentos feministas” (Cisne; Gurgel, 2009). Essa afirmação, reitera a importância das constantes práxis feministas diante das políticas públicas.

Logo, da mesma forma que durante a formulação da agenda do PRC a Rede Feminista de Saúde o questionou levantando a necessidade de haver políticas que olhem a questão do aborto no país, as feministas matricêntricas devem questionar o governo diante variadas situações: Quantas vagas há para mulheres mães solas em concursos e vestibulares? Qual lei federal ordena as universidades possuírem locais adequados para os filhos enquanto as mães estudam? Qual lei federal ordena fraldários em locais públicos? Quais as garantias de empregabilidade das mães em seu local de trabalho durante o período de volta de sua licença-maternidade? Porque não há licença paternidade equiparada à licença maternidade, levando em consideração a igualdade de gênero na maternagem? Qual a prioridade de apoio jurídico gratuito ofertado a mães nas instâncias públicas do direito? Há penalidade aos genitores que não registram seus filhos para contribuir no melhoramento dessa realidade? Etc.

Diante de tantas demandas, pelos olhos da teoria feminista matricêntrica, ao cuidar da saúde das mães e seus filhos, o Programa Rede Cegonha se torna um agente que promove o feminismo matricêntrico e combate a maternidade patriarcal por colocar as mulheres mães em um local onde são prioritárias dentro de uma política pública nacional voltada para a maternidade.

Isso se torna visível quando o programa, para além das estatísticas apresentadas na busca da diminuição da mortalidade materna, oferta uma gama de atendimentos às mães e seus filhos em forma de uma rede de assistência. Ele foi uma política pública que esteve em constante

evolução — a exemplo da instauração do Programa Rede Cegonha Indígena e da inclusão das mulheres encarceradas — transferindo subsídios para saúde gestacional para todas as gestantes brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde, com o pré-natal, sistema de logística, exames, parto, acompanhamentos de médicos e enfermeiros no puerpério para mães e crianças, palestras para as comunidades das APS, cursos preparatórios aos profissionais, planejamento reprodutivo. Enquanto no governo Lula de 2023 a ampliação continuou, a exemplo da introdução de cursos de respeito à diversidade de gênero e da oferta de contraceptivos como o *Larc*. Segundo Leal *et al*:

Rede Cegonha é uma política que demonstra efetividade: em dez anos, aumentou o acesso das usuárias do SUS às boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos hospitais públicos, mistos e nas 606 maternidades que participaram do estudo. Houve mudança significativa na atenção ao trabalho de parto e ao parto, incluindo-se a presença dos companheiros das mulheres nesses momentos. Verificou-se redução de iniquidades territoriais, etárias, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas. Os Estados que mais avançaram nessa estratégia com resultados promissores foram os do Nordeste e do Norte. A população mais pobre e as mulheres negras foram muito mais incluídas. Portanto, concluímos que a Rede Cegonha tem promovido maior equidade de gênero, social e regional na atenção ao parto no Brasil. Mesmo frente a muitos problemas a serem ainda enfrentados, essa é uma política pública com efeitos práticos e duradouros para a sociedade (Leal *et al*, 2021, p. 11)

Já sob análise de uma perspectiva matricêntrica percebemos que PRC foi contra a maternidade patriarcal pois lidou contra a individualização e a intensificação materna — que se caracterizam por deixar todos os cuidados a cargo somente das mães — pois ofertou recursos para o acompanhamento às mães no período da gestação, puerpério e nos primeiros dois anos da criança com o pré-natal e consultas dos bebês, seja de forma domiciliar ou nas APS. Conforme a análise dos números apresentados no segundo capítulo dessa pesquisa, de 2010 para 2016, 29.529 gestantes saíram de 1 a 3 consultas de pré-natal para fazer de 7 ou mais. Somadas as mulheres que já faziam a quantidade correta de consultas, o total subiu de 202.525 de 2010 para 2016.

O programa foi contrário à essencialização, normalização e biologização — que consideram que toda mulher do sexo feminino deve ser mãe pois são designas fisicamente para isso — quando atendeu todas as gestações e pessoas independente de gênero, combatendo assim ideia de família nuclear com pai, mãe e filhos, ofertando palestras de sensibilização e preparação aos profissionais de saúde para o atendimento de todo corpo grávido.

Contribuiu também para a diminuição da especialização — que considera que toda a maternidade deve disponibilizar gastos financeiros com constantes especialistas — ao não incentivar o parto cesariana sem necessidade ou recomendação médica conforme indicação da OMS.

Foi uma política pública na contramão da idealização — conceituada pela cobrança das mães por um modelo perfeito de maternidade como mulheres de revistas⁶⁹ — ao estudar realidades socioeconômicas desiguais das mulheres no ato de implementação do programa, propondo melhores condições de saúde para o local.

Foi oposto a naturalização e a privatização — que entendem que maternar é um instinto feminino e um hábito preexistentes nas mães — com a oferta de informações sobre o planejamento da gravidez no pré-natal como também por meio de palestras e cursos sobre a importância do aleitamento materno e prevenções a futuras gestações, ensinando que cuidar, nutrir e educar são habilidades aprendidas e não naturais a todas as mulheres.

O programa também considerou a maternidade política, por colocar as mães como prioritárias dentro de uma política pública nacional, abrindo caminho para agendas que consideram a maternagem um fator social que necessita de leis, cuidados e reparações e investimentos públicos.

Logo, diferentemente dos programas sociais anteriores no país voltados para o combate à morte materna e infantil o PRC foi uma política pública que se dedicou ao atendimento em rede pela primeira vez no país, ofertando um cuidado amplo e completo, ou seja, entendendo que maternidade é uma questão social, que vai além do parto.

⁶⁹ O que inclui a busca da aparência física glamurosa, uma carreira bem-sucedida, bons recursos, uma maternagem gratificante, revelando o mundo fantástico de serem mães carinhosas, dedicadas, confiantes e talentosas (Mendonça, 2014, p. 98-99)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio, é primordial refletirmos: um corpo grávido, é um corpo público ou privado?

Os homens e o capital se apropriaram do sujeito mulher, pelo qual Simone de Beauvoir (2016) trouxe a luz o próprio título do seu livro “*O Segundo Sexo*” explicando que a mulher é o outro, ou seja, ela é dotada de corpo e sexo, mas não de espaços, liberdades e direitos. Neste entendimento, um corpo não é público durante a gravidez, pois gestar é considerado natural a mulher. E não só isso, parir e cuidar também.

Para superar isso, Beauvoir (1949) diz que uma mulher não nasce mulher, ela torna-se por meio de um caminho de lutas. Já Andrea O’Reilly (2016) propõe que essa trilha seja feita através do combate à maternidade patriarcal, caracterizada por dez pressupostos ideológicos: essencialização, privatização, individualização, naturalização, normalização, idealização, biologização, especialização, intensificação e despolitização da maternidade.

O Programa Rede Cegonha como um serviço público, nesse contexto, manuseia o corpo grávido durante pré-natal, nos exames, parto e o pós-parto, com intervenções de ordens diversas — de médicos(as), enfermeiros(as) — e então ele passa a ser um corpo público, não mais no campo privativo da mulher. Butler (2007) diz que “os corpos das mulheres mães não são mais direcionados ao assujeitamento de identidades fixadas responsáveis por designar supostas verdades sobre elas” (Butler, 2007, p. 152), portanto, o homem — ou o “primeiro sexo” — não protagoniza mais esse momento na vida das mulheres, pois no âmbito público há o amparo e a garantia dos direitos de uma assistência de saúde qualificada, transformando a maternidade em um fator social e político.

Assim, entendendo que a mortalidade materna é um problema político presente na agenda governamental de Dilma Rousseff, o Programa Rede Cegonha foi implantado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1.4592011 para atender a necessidade de uma implementação em forma de rede no Brasil e como uma proposta de campanha governamental que propusera envolver municípios, Estados e União.

Mesmo com as dificuldades de sua governança marcada por misoginia e pelo impeachment, o programa foi mantido em constante manutenção durante sua gestão, traçando estratégias para atender a saúde materna e infantil para as diversas mulheres mães e crianças nas cinco regiões do país levando em consideração os marcadores sociais da diferença. O programa ofertou apoio e informações, evitou mortes e garantiu saúde às mulheres e famílias

brasileiras, “considerado o programa mais completo de atenção voltada à saúde materno-infantil na história do país” (Marques, 2016).

Através de uma pesquisa bibliográfica e quantitativa, utilizando sites oficiais do governo federal, este trabalho objetivou analisar o Programa Rede Cegonha sob o olhar do feminismo matricêntrico durante os anos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016) no combate a maternidade patriarcal.

Para isso, foi apresentado em seu primeiro capítulo a historicidade desse feminismo e os conceitos que fizeram O’Reilly (2016) acreditar que as mães necessitavam urgentemente de um feminismo centrado nelas, pois, por mais que já tivesse anteriormente movimentos e lutas relacionadas a maternidades latentes na história e nas sociedades, elas estavam inseridas em objetivos isolados em grupos coletivos, sendo necessário um feminismo global que volte o olhar a mulher mãe como um sujeito que não sofre opressão simplesmente por ser mulher, mas antes de tudo por ser mãe. Portanto, este feminismo cobra um lugar para elas nas leis, na literatura, na arte, na política etc.

Teorias de autoras brasileiras, canadenses, americanas, britânicas e de feministas negras foram apresentadas neste capítulo pois ancoraram as ideias de O’Reilly (2016), como a maternidade intensiva, de Sharon Hays (1996), o novo momismo de Susan Douglas e Meredith Michels (2004) e a maternidade patriarcal, de Adrienne Rich (2021). A somatória desses conceitos a fizeram concluir que da mesma forma que as mães foram são oprimidas na história, também podem mudar essa realidade.

As pesquisas de O’Reilly mostraram que as mulheres negras e indígenas não sofreram da maternidade patriarcal no período pós-colonial, pois a maternagem era sinônimo de compartilhamento e força diante de suas realidades racistas. Mas entendendo que sua literatura se refere ao norte global, percebemos que isso não acontece no Brasil. A segunda parte do primeiro capítulo mostrou que as mães negras brasileiras também passam pela sobrecarga materna e estão no topo da pirâmide quando se trata de violências e problemas socioeconômicos.

Antes do debate entre a relação maternidade patriarcal e o PRC, foi necessário conhecer as características dessa política pública. O segundo capítulo trouxe a história do programa, com seus objetivos e metas, mostrando que ele foi o primeiro programa de saúde materna e infantil a ofertar atendimento em forma de rede, alinhando governo federal, estaduais e municipais, levando atendimento de forma integral em quatro componentes: pré-natal, parto, nascimento,

puerpério e as crianças até seus 24 meses, considerando em sua aplicação os marcadores sociais da diferença.

A segunda parte do segundo capítulo mostrou a análise dos dados apresentados pela Razão da Mortalidade Materna e da Mortalidade Infantil no Brasil durante o período de 2011 a 2016. Foi imprescindível considerar que apesar de não ter atingido os Objetivos do Milênio postos pela ONU em 2010 a serem atingidos até 2015, o PRC foi uma política pública que avançou em passos lentos rumo a diminuição da mortalidade materno infantil, mais do que isso, ofertou acesso a saúde e conhecimento às mulheres, gestantes, puérperas, seus companheiros, e familiares, para as brancas, negras, indígenas, encarceradas, em todas as regiões do Brasil através do Sistema Único de Saúde.

O terceiro e último capítulo trouxe o olhar do feminismo matricêntrico sob o Programa Rede Cegonha. Para isso, foi necessário revisar os movimentos feministas no Brasil para entender que da forma eles buscam direitos e igualdade de gênero, se diferenciando pelo foco nas mães e na maternidade. Concluindo, que as pautas do PRC foram importantes para a diminuição da maternidade patriarcal não somente pelo cuidado integral do pré-natal, parto, puerpério e 24 meses das crianças, com oferta de todos os exames, como também pelo olhar para a saúde sexual e reprodutiva tanto das grávidas como para as adolescentes das comunidades atendidas na APS. Houve também a tentativa da diminuição de cesáreas conforme indicação da OMS, informações distribuídas corretamente na caderneta da gestação, distribuição de anticoncepcionais por meio da farmácia do SUS, cursos preparatórios aos profissionais de saúde provocando mudanças de percepções sobre a maternidade ao atuarem com foco na diversidade de gênero etc.

Dessa forma, o PRC contribuiu para a saúde pública não somente diante de um corpo físico que está em construção e mudanças, como também quebrando as ideologias patriarcais que privam as mulheres dentro de suas maternidades e maternagens.

FONTES E REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Mamaço no Rio marca Mês de Aleitamento Materno**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-08/mamaco-no-rio-marca-mes-de-aleitamento-materno> Acesso em 20 de set. 2024.

ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica**. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA – 20 anos de parcerias na saúde e na educação, 6, 2005. Belo Horizonte. Anais. VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ALVAREZ, Sônia E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cadernos Pagu**, n. 43, janeiro-junho de 2014. p. 13-56.

ANDERSON, Kim. Dando Vida ao Povo: Uma Ideologia Indígena da Maternidade. In: **Teoria Materna: Leituras Essenciais**. Toronto: Demeter Press, 2007.

ANTUNES, André. Não é só um retrocesso, é um projeto de desmonte. **Fiocruz**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nao-e-so-um-retrocesso-e-um-projeto-de-desmonte> Acesso em: 10 de jan. 2025.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/yrdb5VzhMD8wyrZDDS6WvvP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

ARRUZZA, Cinzia. BHATTACHARYA, Tithi. FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. São Paulo: Boitempo, 2019.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985

BATLIWALA, S. The meaning of women’s empowerment: new concepts from action. In. G. Sen, A. Germain & L.C.Chen (eds.), **Population policies reconsidered: health, empowerment and rights**. Boston: Harvard University Press. 1994.

BASTOS, Élide Rugai. A questão racial e a revolução burguesa. In: D’INCAO, Maria A. (Org.). **O saber militante: ensaios sobre Florestan Fernandes**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: UNESP, 1987.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo: fatos e mitos**, vol. 1 (1949). Tradução Sérgio. Milliet. – 3ª edição – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BERRY, Cecelie S. “Lar é onde está a revolução”. **Salon**, Salon Media Group, 1999.

BIBLIOTECA DA PRESIDÊNCIA. **Discurso da presidenta da República, Dilma Rousseff, durante cerimônia comemorativa do Dia Nacional da Consciência Negra.** Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/discursos/discursos-da-presidenta/discurso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-cerimonia-comemorativa-do-dia-nacional-da-consciencia-negra-brasilia-df-18min36s> Acesso em 30 dez. 2023.

BIROLI, Flávia. Uma mulher foi deposta: sexismo, misoginia e violência política. In: Rubin, Linda; ARGOLO, Fernanda (Orgs.). **O Golpe na perspectiva de Gênero.** Salvador: EDUFBA, 2018.

BRANDÃO, Juliana C. VOGT, Camila M. Os efeitos macronômicos do superciclo de commodities e a influência da China na Economia Brasileira. **Revista tempo do mundo.** v.1, n. 24, p. 283-316. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013.** Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal,** 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno infantil. **Programa nacional de saúde materno infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011.** Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 193, 6 out. 2011f. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011.** Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Presidenta (2011-: D. V. Rousseff) **Mensagem ao Congresso Nacional**, 2011: 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª legislatura. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Presidenta (2012-: D. V. Rousseff) **Mensagem ao Congresso Nacional**, 2012: 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª legislatura. Brasília: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Presidenta (2013-: D. V. Rousseff) **Mensagem ao Congresso Nacional**, 2013: 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª legislatura. Brasília: Presidência da República, 2013.

BRASIL. Presidenta (2014-: D. V. Rousseff) **Mensagem ao Congresso Nacional**, 2014: 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª legislatura. Brasília: Presidência da República, 2014.

BRASIL. Presidenta (2015-: D. V. Rousseff) **Mensagem ao Congresso Nacional**, 2015: 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª legislatura. Brasília: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Presidenta (2016-: D. V. Rousseff) **Mensagem ao Congresso Nacional**, 2016: 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª legislatura. Brasília: Presidência da República, 2016.

BRITO, Sônia M. S. **Mulheres dos anos dourados**. Revista Feminismos. Vol 4, nº3, Set – Dez. 2016.

BORGES, Charlene. Extinção da Rede Cegonha é uma grave violação aos direitos das mulheres. In: **Carta Capital**. Disponível em <<https://www.cartacapital.com.br/opiniaao/extincao-da-rede-cegonha-e-uma-grave-violacao-aos-direitos-das-mulheres/>> Acesso em 22 de set. 2024.

BUENO, Juliana F. “**Mães desdobráveis**”: experiências e memórias da maternidade na segunda metade do século XX. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História. São Paulo. 2011.

BUESKENS, Petra. **Maternidade moderna e dupla identidade feminina**: reescrevendo o contrato sexual. Routledge, 2017.

BUTLHER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’. In: Louro GL (org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica. 2007.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no ocidente**. São Paulo: Editora Filosófica Politéia. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Dilma Recebe o prêmio e diz que igualdade de gênero é prioridade do governo**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/367639-dilma-recebe-premio-e-diz-que-igualdade-de-genero-e-prioridade-do-governo/> Acesso em: 27 de ago. de 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Maternidade Atípica**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/942320-maternidade-atipica/>. Acesso em 05 de jan. 2025.

CARMO, Leide S. **A idealização da maternidade**. São Paulo: Editora Dialética. 2024.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CECCIM, Ricardo B. CAVALCANTI, Ana S. P. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. **Blog da Saúde com Dilma**. Disponível em: <http://blogsaudedobrasil.com.br> Acesso em 10 de mar. 2023.

CISNE, Mirla. GURGEL, Telma. Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. **Revista SER Social**, Brasília, DF, v. 10, n. 22, p. 69-96, ago. 2008. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/18/15 Acesso em: 24 jan. 2025.

COFEN. **Dilma lança hoje o Rede Cegonha**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/dilma-lana-hoje-o-rede-cegonha/> Acesso em: 22 de set. 2024.

COLLINS, Patricia H. Black Women and Motherhood. In: COLLINS, Patricia Hill. **Black Feminist Thought** – knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. 2 ed. New York e London: Routledge, 2000.

COLLINS, Patrícia H. **O pensamento feminista negro**. São Paulo: Boitempo. 2019.

CRITTENDEN, Ann. **The Price of Motherhood: Why the Most Important Job the World Is Still the Least Valued**. Henry Holt and Company, 2001.

CUNHA, Márcia A. O. **Análise da política Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento Recife, 2011 a 2015**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

DELGADO, Lucília A. N. D. FERREIRA, Marieta. M. F. História do tempo presente e ensino de História. *Revista História Hoje*, v. 2, nº 4, p. 19-34 – 2013.

DIAS, M. A. B. DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.

DOSSE, François. A História do Tempo Presente e a historiografia. **Tempo e Argumento**. Florianópolis, v 4, n 1, p. 05-22, jan-jun. 2012.

DOUGLAS, Susan. MEREDITH, Michels. **The Mommy Myth: The Idealization of Motherhood and How It Has Undermined Women**. Free Press, 2004.

DUTRA, Zeila A. P. A primavera das mulheres: ciberfeminismo e os movimentos feministas.

Revista Feminismos. V. 6 nº 2, Mai – Ago, 2018.

EDWARDS, Arlene. Maternidade Comunitária: A Relação entre a Maternidade e o Trabalho Comunitário das Mulheres Negras. **Jornal da Associação para Pesquisa sobre Maternidade**, vol. 2, 2000.

EVANS, Peter, RUESCHEMEYER, D. e SKOCPOL, Theda. **Bringing the State Back** In. Cambridge: Cambridge University Press. 1985.

EFREM, Roberto. **Mata-mata**: reciprocidades constitutivas entre classe, gênero, sexualidade e território. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Unicamp, 2017.

ESCOLA, Brasil. Origem da Lenda da Cegonha. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/curiosidades/origem-da-lenda-da-cegonha.htm>. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

FARAH, Marta F. S. **Gênero e políticas públicas**. Estudos Feministas, Florianópolis. janeiro-abril. 2004.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, v. 94, nº 3, p. 111-124, maio/jun., 2000.

FENELON, Déa R. Cultura e História Social: Historiografia e Pesquisa. Projeto História. **Revista do Programa de Estudos Pós-graduandos do Departamento de História – PUC-SP**, São Paulo, nº10, dezembro de 1993.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante. 2019.

FLEURY, Sônia. **O desafio da gestão das redes de políticas**. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, VII, 8-11 Oct, Lisboa, Portugal. 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO. **7 em cada 10 mulheres são mães no Brasil; metade é solo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/05/7-em-cada-10-mulheres-sao-maes-no-brasil-metade-e-solo.shtml> Acesso em: 05 de jan. 2025.

FRASER, Nancy. **Destino do Feminismo**: do capitalismo administrado pelo Estado à crise neoliberal. São Paulo: Boitempo. 2024.

GAUDÊNCIO, Sale M. ALBUQUERQUE, Maria E. B. C. CORTÊS, Gisele R. Expandindo o cosmos da representação social do conhecimento por meio da categorização de marcadores sociais da diferença. **Liinc Em Revista**, v. 14 n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18617/liinc.v14i2.4297> Acesso em: 24 de set. 2024.

GIOVANNI, Miriam D. **Rede Cegonha**: Da concepção a implantação. Brasília-DF. Monografia. ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. 2013.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**.

Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUARULHOSWEB. **Rede Cegonha atende adolescentes com método contraceptivo para evitar a gravidez precoce.** Disponível em: <https://guarulhosweb.com.br/rede-cegonha-atende-adolescentes-com-metodo-contraceptivo-para-evitar-a-gravidez-precoce/> Acesso em: 05 de jan. 2025.

GRILO, Cristina. OLIVEIRA, Grazielle. BUSCATO, Marcela. RODRIGUES, Ana H. VARELLA, Gabriela. VISCONTI, Harumi. GARCIA, Sérgio. **A Primavera das Mulheres: Uma nova geração de ativistas toma as ruas e as redes sociais e cria o movimento político mais importante do Brasil na atualidade.** 2015. Disponível em <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/11/primavera-das-mulheres.html#:~:text=Uma%20nova%20gera%C3%A7%C3%A3o%20de%20ativistas,importante%20do%20Brasil%20na%20atualidade&text=Natasha%20Mosley%20%C3%A9%20uma%20adolescente,%2C%20onde%20mora%2C%20atrai%20olhares.> Acesso em 27 de ago. de 2024.

G1. Rede cegonha será corrente de cuidados a gestantes, diz Dilma. In: **Globo.com.** Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2011/03/rede-cegonha-sera-corrente-de-cuidados-gestantes-diz-dilma.html> Acesso em 22 de set. 2024.

HAYS, Sharon. **The Cultural Contradictions of Motherhood.** London: Yale University Press, 1996.

HARVARD, Lavell, MEMEE Dawn, LAVELL, Jeanette C. **Até que nossos corações estejam no chão: maternidade aborígine, opressão, resistência e renascimento.** Imprensa Deméter, 2006.

HOFLING, Eloísa M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, n. 55, Novembro, 2001.

HOLLANDA, Heloísa B. **Explosão Feminista: arte cultura, política e universidade.** São Paulo - SP, Companhia das Letras, 2018.

HOOKS, bell. Mulheres Negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n.16, p.193-210, jan/abr 2015.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas da reprodução.** Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

IBDFAM. Instituto Brasileiro de Direito de Família. **Brasil já registra mais de 91 mil crianças sem o nome do pai em 2024.** Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/12043/Brasil+j%C3%A1+registra+mais+de+91+mil+crian%C3%A7as+sem+o+nome+do+pai+em+2024#:~:text=Mais%20de%2091%20mil%20crian%C3%A7as%20foram%20registradas%20sem%20o%20nome,Registadores%20de%20Pessoas%20Naturais%20%E2%80%93%20Arpen.> Acesso em: 05 de jan. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Outras formas de trabalho.** Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios Contínua. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de->

[domicilios-continua-mensal.html](#) Acesso em 27 de ago. de 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018.** Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. 2018.

INTERCEPT BRASIL. **Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante.** Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/> Acesso em 10 de jan. 2025.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório nacional de acompanhamento. – Brasília: IPEA, 2004.
INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. *Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento (IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023).* Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/mortalidade-materna-causas-e-caminhos-para-o-enfrentamento-ieps-instituto-de-estudos-para-politicas-de-saude-2023/> Acesso em: 27 de ago. de 2024.

ITABORAÍ, Nathalie R. **Participação Política de mulheres e mães no Brasil: dos estereótipos as evidências.** 10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política. Belo Horizonte. 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/6537> Acesso em 27 de jan. 2025.

JAMES, Stanlie M. **Mothering: A Possible Black Feminist Link to Social Transformation.** Theorizing Black Feminism: The Visionary Pragmatism of Black Women. Routledge, 1999.

KAMEL, Ali. **Dicionário Lula: um presidente exposto por suas próprias palavras.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

KINGDON, Jonh. **Agendas, alternativas and public policies.** 2. ed. Ann Arbor: University of Michigan, 2003.

LEAL, Maria C. PEREIRA, Ana P. E. VILELA, Maria E. A. ALVES, Maria T. S. S. B. NERI, Mônica A. QUEIROZ, Rejane C. S. SANTOS, Yammê R. P. SILVA, Antônio A. M. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 823-835, 2021.

LÉCA, Jean. **Traité de science politique.** V. 4: Les politiques publiques. Paris: PUF. p. 7. 1985.

LEÓN, Magdalena. FSM: espacio para la construcción de feminismos. **Revista Estudos Feministas**, v. 11, n. 2, p. 616. 2003.

LOBO, Silvia. **Uma história universal da femea.** São Paulo: Selo Religare – W II Editores. 2005.

MATOS, Marlise. Teorias de gênero e teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. **Revista Estudos**

Feministas, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 333-357. 2010.

MAUSHART, Susan. **A máscara da maternidade: por que fingimos que ser mãe não muda nada?** São Paulo: Melhoramentos, 2006

MENDONÇA, Maria C. **A maternidade na publicidade: uma análise qualitativa e semiótica em São Paulo e Toronto.** PUC, São Paulo, 2014.

MELO, Hildete. P. MORANDI, Lucilene. **Trabalho e justiça social Cuidados no Brasil: conquistas, legislação e políticas públicas.** Friedrich-Ebert-Stiftung. 2020.

MEYER, Dagmar E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**. Niterói, v.6, n.1, p. 81-104, 2. sem. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epistemológico 7.** v. 52. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf Acesso em 14 de ago. de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epistemológico 37.** Secretaria da Vigilância em Saúde. Mortalidade Infantil no Brasil. Brasília, v. 52. Out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Gestante.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/novembro/1-a-caderneta-da-gestante.pdf> Acesso em 10 de jan. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed, 2014.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/maio/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna> Acesso em: 24/04/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica Rede Cegonha.** Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/versao_preliminar_-_nota_tecnica_rede_cegonha.pdf Acessado em 12 de ago. de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica nº XX/2012/CGAPSI/DASI/SESAI.** Inserção das ações da Saúde Indígena nos Planos de ação da Rede Cegonha nas Regionais de Saúde. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Rede Cegonha.** Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf Acesso em 20 de ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade materna no Brasil**: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, p. 345-58, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Saúde. Portaria no 569, de 1 de julho de 2000. **Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto para a redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. — Brasília. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Presidenta Dilma lança Rede Cegonha, com investimentos de R\$ 9,4 bilhões para atendimento a mães e bebês**. 2011g. Disponível em <http://www2.planalto.gov.br/imprensa/releases/presidenta-dilma-lanca-rede-cegonha-com-investimentos-de-r-9-4-bilhoes-para-atendimento-a-maes-e-bebes> Acesso em: 22 de setembro de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Saúde. **Rede Cegonha amplia exames do teste do pezinho**. 2012c.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **Nova versão do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)**. Disponível em: <https://www.gov.br/mre/pt-br/embaixada-praia/nova-versao-do-programa-de-aceleracao-do-crescimento-pac> acesso em 28 de dez. 2024.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE E MUDANÇA DO CLIMA. **Histórico ODS**. Disponível em: <https://www.gov.br/mma/pt-br/aceso-a-informacao/informacoes-ambientais/historico-ods> Acesso em: 24 de fev. 2025.

MPPR. Ministério Público do Paraná. **Dilma sanciona sem vetos lei que garante atendimento a vítimas de violência sexual**. Disponível em: <https://mppr.mp.br/Noticia/LEGISLACAO-Dilma-sanciona-sem-vetos-lei-que-garante-atendimento-vitimas-de-violencia-sexual#noticia2> Acesso em 27 de dez. 2024.

MOSEDALE, Sarah. Policy arena. Assessing women's empowerment: Towards a conceptual framework." **Journal of International Development**, 2005.

MORENO, Sayonara. Agência Brasil. **Lava Jato: maior operação da PF completa 10 anos**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/geral/audio/2024-03/lava-jato-maior-operacao-da-pf-completa-10-anos> acesso em 29 de dez. 2024.

MORTELARO, Priscila. K, CIRELLI, Jéssica F, NARCHI, Nadia Z, Edemilson CAMPOS Nádia Z. E. RESUMO. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, jan-mar 2024.

NEGRÃO, Télia. Uma democracia desafiada: os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. **Coisas do Gênero**, São Leopoldo, v.1 n. 2, p. 199-214, 2015.

NEGRÃO, Telia. **Entrevista concedida a Conceição Lemes**. Rede Feminista de Saúde alerta: Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar> Acesso em 10 de jan. 2024.

NOVAIS, Kaito C. Aprendizados sobre maternagem ativista a partir das Mães pela Diversidade e do pensamento feminista negro. In: **Revista Humanidades e Inovação**. v. 6, n. 16, 2019.

ODM Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Do Milênio Brasil. **Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio> Acesso em: 25 de ago de 2024.

OLIVEIRA, Kelly. VILELA, Pedro R. MÁXIMO, Wellton. Crise de 2008 resultou em desindustrialização e crise fiscal no Brasil. **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-09/crise-de-2008-resultou-em-desindustrializacao-e-crise-fiscal-no-brasil#:~:text=A%20crise%20de%202008%20desembocou,chama%20de%20%E2%80%9Cvulnerabilidade%20estrutural%E2%80%9D>. Acesso em: 26 de dez. 2024

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3 Acesso em: 04 de jan. 2025.

ONU Mulheres. Encarte Brasil baseado no Relatório. **O Progresso das Mulheres no Mundo 2015-2016**. Disponível em: https://www.onumulheres.org/wp-content/uploads/2016/05/encarte-Mais-igualdade-para-as-mulheres-brasileiras_site_v2.pdf
Acesso em: 27 de ago. de 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Resolución CD49.R22**: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Brasil**. Disponível em <https://www.paho.org/pt/brasil> acesso em 28 de dez. 2024.

ONU. Organização Das Nações Unidas. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão (CID-10) 8ª ed. São Paulo: Edusp, 2000.

ONU. Organização Das Nações Unidas. **Declaração do Milênio**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/2000%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20do%20Milenio.pdf>
Acesso em 22 de set. 2024.

O'REILLY, Andrea. **Feminismo Matricêntrico, Teoria, Prática e Ativismo**. 1º Ed. Toronto, Canadá: Editora Deméter, 2016.

O'REILLY, Andrea. **Feminismo Matricêntrico, Teoria, Prática e Ativismo**. 2º Ed. Toronto, Canadá: Editora Deméter, 2021.

PAULINE, Leda M. Neoliberalismo e Individualismo. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 23, p. 115-127, dez. 1999.

PARENT SCIENCE. **Quem somos nós**. Disponível em: <https://www.parentinscience.com/sobre-o-parent-in-science> Acesso em: 24 de set. 2024.

PEDRO, Joana M. O feminismo de “Segunda Onda”: corpo, prazer e trabalho. In: PEDRO, Joana Maria; PINSKY, Carla Bassanezi. **Nova História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto. p. 238-259. 2012.

PESKOWITZ, Miriam. **A verdade por trás das guerras das mães: quem decide o que faz uma boa mãe?** Selo Imprensa, 2005.

PERROT, Michele. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto. 2007.

PFEIFER, Mariana. O “social” no interior do projeto neodesenvolvimentista. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 120, p. 746-766, out./dez. 2014

PIMENTEL, Ana. Mobilização feminina freou o PL do Estupro. **Carta Capital**. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/mobilizacao-feminina-freou-o-pl-do-estupro/>
acesso em 02 de jan. 2025.

PINHEIRO Filho, F. P., SARTI, F. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012.

PINTO, Céli. R. J. Participação (representação?) política da mulher no Brasil: limites e perspectivas. In: SAFFIOTI, H. & MUÑOZVARGAS, M. (orgs.). **Mulher brasileira é assim**.

Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

PMVC. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. **PET- Rede Cegonha desenvolve práticas de incentivo ao aleitamento materno na FSVC**. Disponível em:

<https://www.pmvc.ba.gov.br/pet-rede-cegonha-desenvolve-praticas-de-incentivo-ao-aleitamento-materno-na-fsvc/> Acessado em: 09 de jan. 2024.

PROGRAMA DA RÁDIO. “Café com a Presidenta”, com a Presidenta da República, Dilma Rousseff. **A presidenta Dilma conversa sobre o lançamento do programa Rede Cegonha, para apoiar a mulher e o bebê até o segundo ano de vida, e sobre a criação das Casas da Gestante e do Bebê**. Rádio Nacional, 28 de março de 2011. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/dilma-rousseff/cafe-presidenta/programa-de-radio-2011cafe-com-a-presidenta2011d-com-a-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-radio-nacional-28-de-marco-de-2011> Acesso em 20 de set. 2024.

RAMOS, Daniela P. **As mulheres e a política do dia a dia**. Brasília: Edições do grupo Demodê, 2021.

REIS, Lazuli. **Quem foi Alyne, que dá o nome a projeto que Lula lança para gestantes e bebês**. **Jornal O Globo**. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/rio/noticia/2024/09/12/lula-participa-de-lancamento-de-programa-voltado-para-gestantes-e-bebes-em-belford-roxo-na-baixada-fluminense.ghtml> Acesso em 23 de set. 2024.

REVISTA EXAME. **Quantidade de cesáreas feitas no país cai pela 1ª vez desde 2010**.

Disponível em: <https://exame.com/brasil/quantidade-de-cesareas-feitas-no-pais-cai-pela-1a-vez-desde-2010/> Acesso em: 04 de jan. 2025.

RICH, Adrienne. **Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution**. Nova Iorque: WW Norton e Company. 2021.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Indicadores e dados básicos**. Brasil, 2004.

SANTOS, Gilmar L. **Implantação da Rede Cegonha nos Estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**. Fundação Osvaldo Cruz – Ministério da Saúde. 25 de setembro de 2013.

SANTOS, Leila B. D. NETO, Arnaldo B. S. **Reflexões à crise do bem-estar social**. R. Fac. Dir. UFG, v. 32, n. 1, p. 61-75, jan. /jun. 2008.

SANTOS, Eliane C. C. PEREIRA, Maria A. **REDE CEGONHA: Avanços e Desafios para Gestão em Saúde no Brasil**. **Brazilian Journal of Health Review**, v 4, nº 5, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/35413/pdf> Acesso em: 24 de ago. 2024.

SAY, Lale. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health**. v. 2. Jun. 2014. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/03/olhar-IEPS-4-mortalidade-materna.pdf> Acesso em: 07 de ago de 2024.

SARAIVA, Henrique, FERRAREZI, Elizabeth. **Políticas Públicas**. Coletânea 1. v. 2. Brasília: ENAP. 2006.

SESA. Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas. **Saúde realiza IX Encontro do Fórum Perinatal da Rede Cegonha de Alagoas**. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/saude-realiza-ix-encontro-do-forum-perinatal-da-rede-cegonha-de-alagoas/> Acesso em: 10 de jan. 2025.

SIM. Sistema de informação de mortalidade. **Painel de Monitoramento Infantil e Fetal. Secretaria de Saúde e Ambiente**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/> Acesso em: 27 de ago. de 2024.

SIM. Sistema de informação de mortalidade. *Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna*. Secretaria da Saúde e Ambiente. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> Acesso em: 27 de ago. de 2024.

SINDENFERMEIRO. Sindicato dos Enfermeiros. **Ministério da Saúde revoga Rami e retoma a Rede Cegonha**. Disponível em: <https://sindenfermeiro.com.br/index.php/2023/01/17/ministerio-da-saude-revoga-rami-e-retoma-a-rede-cegonha/> Acesso em: 23 de set. 2024.

SINGER, André. **Os sentidos do lulismo**: reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SANCHEZ, Beatriz S. **Feminismo Estatal**: uma análise das interações entre os movimentos feministas e o Congresso Nacional Brasileiro. USP, São Paulo, 2021.

SOARES, Vera. Muitas faces do feminismo no Brasil. *In*: BORBA, A.; FARIA, N. & GODINHO, T. (orgs.). **Mulher e política**: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 1998.

SODRÉ, Muniz. **As estratégias sensíveis**: afeto, mídia e política. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

TEIXEIRA, José M. C. PORTAS, Silvany L. C. VALLIM, Suelly. MENDES, José D. V. M. RODRIGUES, Everton L. **Plano estadual 2012-2015**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf> Acesso em: 03 jan. 2025.

TENÓRIO, Emilly M. O feminismo atual e necessário. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v.17, n.1, p. 91-108, jan. a jul. 2017.

THEOPHILO, Rebecca L; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Everton L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciências e Saúde Coletiva**. Brasília, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 25 de ago. de 2024.

THOENIG, Jean-Claude. L'analyse des politiques publiques. In: GRAWITZ, Madeleine. Leca Jean, *Traité de science politique*. **Revue française de sociologie**, v. 28, n.2, pp. 338-342, 1987.

THOMPSON, Edward P. Folclore, Antropologia e História Social. In: Negro, Antônio L; SILVA, Sérgio. **As peculiaridades dos ingleses e outros artigos**. Campinas, UNICAMP, 2001, p. 227-267.

TYRRELL, Maria A. R. Programas nacionais de saúde materno infantil: impacto social e inserção da enfermagem. **Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 119-134, jul, 1997.

UNA-SUS. Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Mais de dois milhões de gestantes já são beneficiadas pelo programa Rede Cegonha**. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/noticia/mais-de-2-milhoes-de-gestantes-ja-sao-beneficiadas-pelo-programa-rede-cegonha> Acesso em: 11 de ago. 2024.

UNA-SUS. Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas> Acesso em: 04 de jan. 2025.

VALENTE, Alana, K. F. **A maternidade é política: mobilização da maternidade por candidatas no instagram (2021 -2022)**. Tese de doutorado. UNB. Brasília, 2023.

VINHAIS, Henrique E. F. **Ensaio sobre a redução da pobreza no Brasil: mensuração e determinantes**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VOGEL, Lise, **Marxism and the oppression of women: towards an unitary theory**, Leiden: Brill, 2013.

ZANATTA, Kenya. **Programa brasileiro Rede Cegonha é destaque em jornal francês**. Disponível em: <https://www.rfi.fr/br/geral/20111130-programa-brasileiro-rede-cegonha-e-destaque-em-jornal-frances> Acesso em: 23 de nov. 2024.

WHO. World Health Organization. **Maternal mortality**. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/9NDRbQ> Acesso em: 23 de ago. de 2024