O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano VI | Volume 17 | Nº 51 | Boa Vista | 2024

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.11008482

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

MULHERES DE FAMÍLIA:
MORALIDADES SEXUAIS E REPRODUTIVAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE[1]

Hevelyn Rosa[2]

Cristiane da Silva Cabral[3]

Resumo

As políticas públicas de saúde da mulher no Brasil conformam um campo onde convivem distintas abordagens da mulher, seu corpo e sua saúde. A caracterização da mulher desempenha papel fundamental na construção dessas abordagens, implicando outras noções como a de família, sexo e gênero. A partir de uma pesquisa documental de perspectiva antropológica, analisa-se as peças documentais das políticas públicas de saúde da mulher instituídas desde 2000 no Brasil, a fim de mapear a estreita associação entre a concepção de mulher e certa noção de família. Partindo do pressuposto de que as políticas públicas simultaneamente representam e forjam os sujeitos aos quais se destinam, evidencia-se que a tessitura do direito das mulheres à saúde está permeada pela associação entre sexualidade reprodutiva e constituição de família, sobretudo em referência ao modelo nuclear cisheteronormativo.

Palavras-chave: Direitos Reprodutivos; Estado; Gênero; Políticas Públicas; Saúde da Mulher.

Abstract

Public policies on women's health in Brazil shape a field where different approaches to women, their bodies and their health coexist. The characterization of women plays a fundamental role in the construction of these approaches, implying other notions such as family, sex and gender. Using documentary research from an anthropological perspective, we analyze the documents of public policies on women's health instituted since 2000 in Brazil, in order to map the close association between the concept of woman and a certain notion of family. Starting from the premise that public policies simultaneously represent and forge the subjects for whom they are intended, the article shows that the fabric of women's right to health is permeated by the association between reproductive sexuality and family formation, especially in reference to the cisheteronormative nuclear model.

Keywords: Gender; Public Policies; Reproductive Rights; State; Women's Health.

INTRODUÇÃO

Na experiência brasileira, as políticas públicas de saúde da mulher tem sido um território onde, sobretudo a partir dos anos de 1980, há disputas entre diferentes visões sobre quem são as mulheres, quais suas necessidades de saúde e qual deve ser o papel do Estado. Isso é particularmente evidente quando consideramos a interseção entre as propostas políticas nesse campo e os movimentos sociais de mulheres e feministas.

As críticas a respeito das abordagens objetificantes das mulheres na área da saúde problematizam, há cerca de cinco décadas, a hegemonia de um viés biologicista que não rompe com a

[1] A presente pesquisa contou com apoio institucional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

[2] Psicóloga sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: hevelynconceicao@gmail.com

[3] Professora da Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Saúde Coletiva. E-mail: cabralcs@usp.br

reprodução dos papéis tradicionalmente imputados às mulheres. Esses questionamentos confrontam a desigualdade entre mulheres e homens que se apoia sobre uma suposta propensão natural das mulheres à procriação e à maternidade, segunda a qual elas cumpririam o esperado destino de casar, constituir uma família, gerar e educar os filhos.

A constituição da família como a atividade por excelência da mulher estabelece-se intimamente atrelada a um paradigma heteronormativo que define a primeira a partir da relação conjugal heterossexual, cujos papeis de gênero também se acham pré-definidos. No bojo dessa operação, destacam-se as fortes cargas da produção da diferença sexual em uma disposição hierárquica, segundo a qual a mulher tem sido historicamente enquadrada sobretudo a partir de um recorte familista e maternalista em diversos âmbitos da sociedade, incluindo o universo das políticas públicas de saúde.

Considerando o acima exposto, este artigo busca compreender como a produção normativa do Governo Federal na área da saúde da mulher, desde a virada do século XXI, tem abordado a noção de família e quais os efeitos dessa articulação para a designação das mulheres. À luz das referências da antropologia de documentos e das teorias sobre diferença sexual, analisamos as relações entre família e mulher a fim de identificar quais perspectivas informam as políticas públicas de saúde, ao mesmo tempo em que são por estas reforçadas e disseminadas.

Partimos do pressuposto de que as políticas públicas, mesmo quando se afirmam neutras, necessariamente carregam consigo componentes capazes de mobilizar marcadores sociais da diferença, tais como sexo, gênero, raça, classe, idade, entre outros. No que concerne à saúde da mulher, trata-se de refletir acerca dos modos como se articulam determinados marcadores no processo de definir o público-alvo de ações no âmbito da seguridade social e dos direitos de cidadania.

A partir de 2016 no Brasil, sob gestões conservadoras no executivo federal, os direitos sexuais e reprodutivos têm sofrido sistemáticos retrocessos, seguindo uma tendência que pode ser vista no conjunto ampliado dos direitos humanos, especialmente aqueles mais estreitamente vinculados às minorias. Em face disso, avanços conceituais e conquistas legais no campo de saúde da mulher têm sido insistentemente atacados nas esferas federal, estadual e municipal, bem como nos planos do legislativo, do judiciário e do executivo.

O descumprimento de princípios assegurados juridicamente mostra-se não como obra do acaso, mas sim como uma série de esforços contínuos oriundos de representantes do governo, bem como de setores da sociedade civil. Assim, investigar políticas públicas de saúde da mulher pode oferecer uma mirada acerca de como essa dinâmica conservadora se expressa na produção normativa federal desde a virada do século XXI, oferecendo um registro do retrocesso de direitos a partir do estudo da concepção de mulher e das intervenções priorizadas para esse público em documentos oficiais.

As seções do texto estruturam-se de modo a contemplar os marcos teóricos e os procedimentos metodológicos que conformam o campo da pesquisa ora apresentada. Em primeiro lugar, situamos as principais vertentes de saúde da mulher, incluindo a discussão de conceitos da diferença sexual. A seguir, tratamos sobre a noção de família e sua intersecção com o campo de saúde da mulher. Em um terceiro momento, são apresentados os procedimentos metodológicos para, em seguida, dar lugar aos resultados e à análise dos dados produzidos pela pesquisa. Por fim, as considerações finais oferecem apontamentos do imbricamento entre as categorias de mulher e família nas políticas públicas de saúde do contemporâneo.

POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER – "O TÉCNICO E O PRIVADO SÃO POLÍTICOS"

Usualmente as políticas públicas são interpretadas a partir de uma abordagem que evidencia seu caráter instrumental, em detrimento de uma análise histórica que abarque seus elementos políticos e sociais constitutivos (AGUIÃO, 2018). Nesse enquadramento, as políticas são vistas somente como respostas do Estado às demandas da sociedade, e os resultados das investigações podem levar rapidamente a investigações focadas apenas em avaliar eficácia, efetividade e nível de implementação (SOUZA LIMA; CASTRO, 2015).

Uma perspectiva antropológica propõe outra forma de inteligibilidade dessa dinâmica, defendendo que as políticas públicas incorporam uma série de artefatos que constituem o processo de formação do Estado, atuando como pedras angulares para a existência deste e daqueles designados como sua população (AGUIÃO, 2018; FERREIRA; LOWENKRON, 2020). Ao mesmo tempo em que forjam sujeitos e formas de assujeitamento no processo de formação do Estado, elas também operam na produção de conhecimentos, subjetividades e relações (FOUCAULT, 2004). Portanto, reconhecemos que as políticas públicas traduzem, deslocam, articulam e definem os sujeitos, além de os representar.

Estudos sobre as políticas públicas de saúde da mulher no Brasil têm mapeado o campo a partir de uma tensão fundamental entre duas abordagens (DINIZ, 2012, 2023; VENTURA, 2011). Uma delas, chamada de materno-infantilismo, predominou como diretriz orientadora das políticas de saúde da mulher durante quase todo o século XX. Ancorada em uma visão essencialista que atrela a mulher à maternidade, suas ações voltam-se prioritariamente para o ciclo gravídico-puerperal e a atenção ao recém-nascido, referindo-se à mulher como reprodutora (DINIZ, 2012). Ainda na década de 1970, movimentos sociais de mulheres e feministas passaram a criticar sistematicamente o a vertente materno-infantilista devido à cumplicidade desta com a desigualdade de gênero (ARAÚJO; SIMONETTI, 2014; VENTURA, 2011).

No início dos anos de 1980, em meio a um efervescente movimento combativo de ativistas mulheres e feministas, foi elaborado um outro paradigma: o da integralidade na atenção à saúde das mulheres, cuja intenção seria superar o escopo restritivo e sexista da corrente materno-infantil (COSTA, 2013). O conceito de integralidade defende uma abordagem mais ampliada das necessidades de saúde das mulheres em todas as fases da vida, que abarque aspectos físicos, biológicos e sociais em múltiplos contextos, observando questões de trabalho, relações raciais, e violência, por exemplo (BRASIL, 2004a). A primeira normativa nacional a contar com esse paradigma foi promulgada em 1983, já na área de saúde da mulher: o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984).

O materno-infantilismo tem sido largamente compreendido como uma abordagem restrita, por tomar a anatomia do corpo feminino a partir da noção de sexo biológico em prol de uma agenda voltada ao controle da reprodução (DINIZ, 2023). Por outro lado, as concepções de saúde da mulher defendidas como mais ampliadas colocam-se mais próximas ao paradigma da integralidade, associando-o aos conceitos de cidadania e direitos humanos, em uma acepção de processo de saúde e doença no qual as condições de vida – entre elas as relações de gênero, de raça e de classe social – estão fortemente implicadas (ARAÚJO; SIMONETTI, 2014; CARNEIRO, 2003; COSTA, 2013).

Mais do que uma controvérsia entre diferentes paradigmas, o que essa breve apresentação do campo revela é a extensão e a complexidade do debate acerca do modelo de atenção à saúde das mulheres. Tal tema reflete também uma problematização a respeito de qual seria o objeto de intervenção das ações, posicionando no centro desse processo o modo como se compreende as mulheres. Nesse sentido, argumentamos que a forma de organizar a assistência à saúde, incluindo suas práticas, tecnologias e paradigmas está irrevogavelmente permeada por questões como o gênero, marcando a dimensão política do que é tido como puramente técnico (VENTURA, 2011).

Desde a virada do século XXI, as principais políticas nacionais de saúde da mulher retratam de modo exemplar a influência das correntes mencionadas, visibilizando formas específicas de delimitar seu público-alvo, suas agendas de prioridades e os critérios de inclusão e exclusão dos quais se valem para determinar seus projetos de ação. São elas: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, e a Rede Cegonha (RC), de 2011.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004, marca a primeira iniciativa de saúde pública nacional centrada na integralidade e direcionada especificamente para as mulheres com o status de uma política e não de um programa (BRASIL, 2004a, 2004b). Em 2011, é promulgada a Rede Cegonha (RC), cuja proposta consiste em implementar uma rede de cuidados voltada à mulher e à criança a fim de promover mudanças no modelo de assistência ofertado às mulheres durante gestação e parto, sob a ótica de uma "atenção humanizada" (BRASIL, 2011a, 2011b).

Ambas as políticas públicas citadas estão estruturadas em contextos diferentes, com estatutos jurídicos também distintos, uma vez que a PNAISM é designada como política nacional e a RC é instituída por meio de uma portaria que omite sua posição no arcabouço normativo federal. Ainda assim, as duas representam as principais iniciativas governamentais relativas à saúde da mulher desde o início do século XXI até os dias atuais.

Dados orçamentários do governo federal sinalizam que com o advento da RC, houve concentração da maior parte de verbas em ações ligadas à rede materno-infantil e um desfinanciamento da atenção integral à saúde das mulheres (CFEMEA, 2012; CARVALHO, 2017). Ou seja, mesmo com estatutos jurídicos distintos, a execução das políticas demonstra que houve uma sobreposição entre elas. Dessa forma, o estudo comparativo entre as duas normativas, em diálogo com os seus processos de elaboração, permite visibilizar os modos como, no âmbito das políticas governamentais federais, as mulheres são designadas em estreita articulação a determinada noção de família, a partir dos anos 2000 no Brasil.

FAMÍLIA E DIFERENÇA SEXUAL

A menção à família em políticas públicas, sobretudo as ligadas à proteção social, não é recente no cenário brasileiro, pois remonta ao início do século XIX (CAMPOS, 2015). Estudos apontam a centralidade da instituição familiar nesses arranjos normativos, tanto na saúde quanto na assistência social, alcançando, inclusive, iniciativas do terceiro setor (BARBOSA; COSTA, 2023; MIOTO, 2004; PEREIRA, 2008). No que se refere à área da saúde, desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a família aparece como um "componente fundamental das políticas sociais, na produção e no usufruto de bens e serviços" (ALVES; MIOTO, 2015).

A definição de determinado modelo de família como a unidade social por excelência constitui um fenômeno da modernidade intimamente relacionado à invenção do Estado moderno e da diferença sexual (FOUCAULT, 2004; ROHDEN, 2001). A família, especialmente a nuclear, integra um conjunto de dispositivos que viabiliza, desde o século XIX, uma prática de governo que incide simultaneamente sobre indivíduos e sobre populações a fim de disciplinar os corpos e regular as condutas (incluindo as sexuais e reprodutivas) (FOUCAULT, 2004).

Nesse sentido, a família centrada nas figuras do pai, da mãe e dos filhos passa a ser objetivo e instrumento da operacionalização de um certo projeto de sociedade, para o qual as práticas de saúde, incluindo o desenvolvimento da medicina social, e, posteriormente, da ginecologia, tornam-se cruciais (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002). Para tanto, a opção pela procriação humana como objeto

privilegiado de práticas discursivas e não-discursivas pela medicina foi central. Trata-se da possibilidade de produzir "marcos naturais intransponíveis" capazes de garantir uma distinção radical entre os sexos no nível do corpo por meio da linguagem da biologia (ROHDEN, 2001, p. 13).

A perspectiva sobre diferença sexual que adotamos recusa a formulação de que sexo seria a base natural e pré-discursiva sobre a qual se inscreve o gênero, sendo este visto como as camadas de interpretação cultural. Paul Preciado (2000, 2018) concebe o sexo e o gênero como tecnologias políticas complexas que organizam o modo como o corpo, as relações e a subjetividade são produzidos. Essa operação é feita por meio de uma segmentação de zonas erógenas no corpo a fim de fazer coincidir a conformação de certos órgãos com certos comportamentos e afetos, determinando a verdade anatômica e fisiológica da essência da feminilidade e da masculinidade (PRECIADO, 2000).

Inseridos no domínio das tecnologias políticas de "gestão da verdade e da vida" (PRECIADO, 2018), o sexo e o gênero organizam o regime heterossexual: um sistema político de regulação dos corpos que funciona inscrevendo e reinscrevendo códigos binários (masculino-feminino, heterossexual-homossexual, natureza-cultura). A heterossexualidade - como um sistema e uma tecnologia e não somente uma prática sexual – compreende, assim, um conjunto de instituições linguísticas, médicas, domésticas, jurídicas que produz "corpos-homem e corpos-mulher" por meio de regulações, sanções e repetições permanentes (PRECIADO, 2000). É por meio dessas operações que o corpo se torna artefato, que seus órgãos, funções e relações são artificialmente concebidos como dados de natureza.

O advento e a prevalência do modelo hierárquico da diferença sexual lograram consolidar um tipo de saber e de poder específico que incidiu de maneira singular sobre a mulher, transformando-a em objeto privilegiado de intervenção (VIEIRA, 2002). Segundo Emily Martin (2006, p. 55), os pressupostos da arquitetura teórica do campo disciplinar da ginecologia traduziram para o léxico médico valores relacionados aos papéis sociais femininos "na forma de alegações sobre a biologia", demonstrando a capacidade prescritiva, e não somente descritiva, das ciências médicas em relação ao sexo e ao gênero.

O ordenamento da diferença sexual conforma a mulher sobretudo a partir de seus órgãos reprodutores e decorreria destes sua propensão natural a gestar, parir e maternar (ROSA; CABRAL, 2023). Isso pois, para a consolidação da família nuclear como uma instituição central no avanço do capitalismo foi necessário controlar e domesticar a sexualidade, sobretudo a feminina (ROHDEN, 2001). A subordinação do erotismo e da sexualidade ao sexo reprodutivo envolve também uma pedagogia responsável por um código moral da sexualidade, cujo padrão-ouro é determinado pela heterossexualidade vivida em uma relação conjugal.

A busca por colocar a sexualidade a serviço da sociedade, ou "socializar o sexo", no sentido de controlar as paixões e os impulsos irracionais em prol de uma moral elevada, baseia-se no princípio de

cumprir com os papéis sociais supostamente designados pela própria natureza (LAQUEUR, 2001). O sexo socializado visa, assim, maiores e mais nobres e legítimos objetivos – como a formação da família, a geração de novos cidadãos -, do que o sexo não socializado, atrelado a um uso visto como mais egoísta do corpo e dos prazeres, especialmente os femininos (LAQUEUR, 2001).

Com base nesses pressupostos, compreendemos que o discurso sobre a mulher, seu corpo e sua saúde, comporta descrições e representações, tanto quanto prescrições e produções. Dessa forma, desnaturalizar termos e relações tornados óbvios pode contribuir para ampliar a perspectiva sobre os mecanismos utilizados na disputa por direitos, iluminando possibilidades de reflexão, crítica e resistência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa da qual deriva este artigo se baseia em uma abordagem antropológica de documentos para investigar as principais políticas públicas nacionais de saúde da mulher desde a virada do século XXI, quais sejam: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Rede Cegonha (RC) (Brasil, 2004a; 2004b; 2011a; 2011b).

Estudar documentos desde uma perspectiva antropológica requer analisar cuidadosamente seu conteúdo, forma e contexto de origem, bem como considerar o conjunto de elementos que eles englobam e as relações que estabelecem (VIANNA, 2014). Seguindo esses princípios, a pesquisa revelou muito mais do que apenas registros burocráticos provenientes de órgãos governamentais, pois os documentos funcionam como dispositivos que conectam diversos atores e instituições (VIANNA; LOWENKRON, 2017). Este é também um campo de contínuas disputas, cujas consequências se estendem para além das esferas governamentais, já que os documentos desempenham um papel fundamental no cenário político nacional e internacional, e no controle da população (AGUIÃO, 2018). Dessa forma, estabelecem-se como ferramentas tecnológicas centrais para as instituições estatais e para quem busca interagir com o Estado (FERREIRA; LOWENKRON, 2020).

Iniciamos a pesquisa com a análise etnográfica dos documentos fundadores da PNAISM e do RC (BRASIL, 2004a, 2004b, 2011a, 2011b). Outros documentos oficiais ligados às políticas escolhidas foram adicionados ao corpus da pesquisa a fim de elucidar aspectos relativos ao processo de elaboração e promulgação das mesmas (BRASIL, 2013, 2015). Todos os documentos investigados encontram-se disponíveis em plataformas oficiais do Ministério da Saúde, cujo acesso é público e universal. Com abordagem comparativa, examinamos tanto o conteúdo, quanto o formato dos documentos oficiais responsáveis por instituírem ambas as políticas. O objetivo principal dessa etapa residia em explorar

como as políticas se manifestam por meio de seus discursos, as linguagens empregadas, prioridades definidas, e que inclusões e exclusões são operadas.

Por meio da análise documental comparativa de abordagem etnográfica, foi possível estabelecer categorias relativas ao conteúdo e ao formato dos documentos, a fim de prosseguir à discussão dos resultados. Essas categorias indicavam termos, conceitos, argumentos utilizados pelas próprias normativas, incluindo as justificativas e os objetivos elencados. Também foram analisados os processos institucionais aos quais cada normativa foi submetida em sua trajetória de elaboração e implementação. Nesse sentido, identificamos elementos como: status do documento, atores e setores envolvidos, e outros procedimentos de verificação e legitimidade.

A realização de tais etapas permitiu tratar os documentos oficiais de políticas de saúde da mulher como artefatos que estabelecem ordens, nomes, articulações e segmentações dos elementos que contêm, revelando um cenário ricamente habitado por diversos atores, linguagens e lógicas na produção do Estado associada à produção do sexo e do gênero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os documentos e seus contextos

O documento inaugural da PNAISM (BRASIL, 2004a) apresenta os princípios e as diretrizes da normativa e tem a equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS) na sua autoria. São enfatizados três pilares essenciais para a efetivação da política: a perspectiva de gênero, a integralidade e o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. Ele inicia com uma breve síntese das políticas de saúde da mulher no Brasil, seguido por uma descrição sociodemográfica e uma análise da situação de saúde de diferentes grupos de mulheres, entre os quais: negras, lésbicas, indígenas, rurais e mulheres portadoras de deficiência. A plena cidadania das mulheres surge em associação à necessidade de ir além de seu papel como mães, para que se possa abordar também a conexão entre adoecimento e desigualdades sociais.

É destacada no documento (BRASIL, 2004a) a participação ativa dos movimentos sociais no processo de sua elaboração, vista como uma demonstração de seu caráter democrático e inclusivo. A luta de mulheres e de feministas pela ampliação e garantia de direitos à saúde é lembrada por ser um agente relevante no campo, responsável por pressionar a agenda política e por afirmar, reiteradamente, que as relações privadas são permeadas por um forte componente político.

As reuniões regulares para elaborar a PNAISM, feitas entre representantes do MS, de órgãos como Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), e dos movimentos sociais de mulheres e feministas, iniciaram-se em 2003, no primeiro ano de gestão do presidente Luís Inácio Lula da Silva (filiado ao Partido dos Trabalhadores) (BRASIL, 2004a). Nesse período, diversas ativistas foram incorporadas na composição do quadro ministerial da saúde, especialmente nos chamados segundo e terceiro escalões do poder executivo (CARVALHO, 2017). Concomitante a isso, a primeira gestão de Lula é reconhecida por ser um período no qual houve fortalecimento de espaços participativos no governo federal, como conselhos e comitês, sendo considerada uma fase profícua para a articulação entre Estado e sociedade civil organizada, inclusive no que se refere às políticas para as mulheres (ABERS; TATAGIBA, 2015).

Em processo totalmente distinto, encontra-se a Rede Cegonha. Promulgada por uma portaria administrativa que conta apenas com a assinatura do gabinete do ministro da saúde, a RC entra em vigor em 2011 com as seguintes prioridades: a promoção da atenção a pré-natal, parto e nascimento e a redução de mortalidade materna e infantil, sobretudo neonatal (BRASIL, 2011a). A portaria é dedicada a apresentar os princípios, diretrizes e objetivos da política de forma sintética, fundamentada na justificativa de evitar mortes maternas e infantis, em consonância com parâmetros globais estipulados pela Organização das Nações Unidas para a categoria de países em desenvolvimento. A implementação de um modelo humanizado de atenção ao parto consta entre suas metas, a fim de transformar o cuidado oferecido a mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

No documento não são citadas parcerias com outros órgãos governamentais ou com a sociedade civil organizada para a formulação da política ou para sua implementação e avaliação, conferindo-lhe um aspecto centralizado (BRASIL, 2011a). Tampouco há o reconhecimento de programas e políticas anteriores, como a PNAISM. De acordo com Maria Soledad de Castro (2012), ainda que os primeiros encontros de elaboração da RC contassem com representantes de diferentes departamentos do MS, o escopo, o objetivo e, inclusive, o título da política já estavam definidos desde “cima”.

O ano de promulgação da RC marca também o início do primeiro mandato de Dilma Rousseff (sucessora de Lula e também filiada ao Partido dos Trabalhadores). Integrantes do ativismo social assumiram cargos nas pastas ministeriais, com destaque para os membros ligados ao movimento pela humanização do parto no Ministério da Saúde (ABERS, 2020).

A priorização do parto e da saúde da criança foi definida ainda durante o período eleitoral, em um acordo entre ativistas, diretores de campanha e a futura presidenta (BRASIL, 2015). Naquele momento, a polêmica gerada em torno do aborto e das uniões homoafetivas levou o Partido dos Trabalhadores a firmar alianças conservadoras para obter apoio para a eleição (ABERS, 2020). Assim, a

defesa de pautas mais reconhecidamente feministas foi deixada de lado e, simultaneamente, observou-se também um distanciamento dos movimentos sociais feministas na construção da campanha e do programa de governo (WERNECK, 2012).

Do gênero como construção social à reificação do sexo biológico e da reprodução

Na introdução da PNAISM, as mulheres são descritas como representantes da maior parte da população brasileira e dos usuários do SUS (BRASIL, 2004a). A concepção de gênero utilizada é a de que este é uma construção social e histórica que influencia tanto as mulheres quanto os homens, porém de maneira diferenciada. A incorporação do conceito advém do entendimento de que as desigualdades entre homens e mulheres impactam nas condições de saúde das mulheres, tornando-as mais vulneráveis ao adoecimento.

Na portaria da RC (BRASIL, 2011a), a menção a gestação, parto e mortalidade materna nos objetivos da política faz subentender que o público-alvo consiste em mulheres cisgêneras gestantes. Ainda que o conceito de gênero seja indicado para orientar as propostas de cuidado, não há uma elaboração de seu significado e nem dos modos como será operacionalizado. Tampouco há qualquer alusão à reprodução ou à parentalidade de pessoas trans. A ausência da questão da desigualdade de gênero na normativa pode ser vista como uma barreira para a efetivação de ações comprometidas com o enfrentamento das opressões sistemáticas advindas desse modelo (SANTOS; D'ONOFRIO, 2023).

De modo similar, percebemos o tratamento dado à saúde da criança, contemplada pela RC, cujo objetivo abarca o incentivo à implementação da atenção ao nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a dois anos (BRASIL, 2011a). Estabelecida também como um dos componentes de organização da política, a saúde da criança está associada à atenção ao puerpério, devendo ser implementados em articulação. Tendo em vista que a RC, assim que foi promulgada, tornou-se a principal política de saúde da mulher do MS (vide o deslocamento do recurso orçamentário citado anteriormente), chama a atenção que seja esse o campo escolhido para encaminhar ações em saúde da criança.

O primeiro sujeito mencionado na portaria é a criança, uma vez que, antes disso, são descritos apenas eventos, como parto e gravidez (BRASIL, 2011a). É notavelmente lógico que, ao se falar em gravidez, estamos também falando de sujeitos, uma vez que para haver uma gravidez é necessário que haja alguém gestante. No entanto, dada a tradição da medicina biomédica de compartimentalizar pessoas em órgãos, funções e substâncias, é possível que seja operada uma dissociação entre o ser vivente e algum conjunto específico de células que este guarda consigo, fazendo com que o alvo das ações de atenção à saúde possa residir, por exemplo, na gestação. Tal questão representará, inclusive, uma das

críticas mais insistentes à RC feita pelos movimentos feministas (DINIZ, 2012; NEGRÃO, 2011), uma vez que acaba dando ainda mais lastro às iniciativas anti-aborto (seja pelo aumento de barreiras ao aborto legal ou pelas proposições – sobretudo do legislativo – que defendem o direito à vida desde a concepção).

Planejamento reprodutivo e moralização do sexo

Uma categoria central para a PNAISM e a RC é o planejamento familiar/reprodutivo. Oriundo do campo da demografia, o conceito de planejamento familiar integrou oficialmente as atividades de assistência à saúde no Brasil apenas a partir de 1983, com a promulgação do PAISM (FONSECA SOBRINHO, 1993). Entendido como um conjunto de ações relativas ao controle da fecundidade, o planejamento familiar pode incluir estratégias tanto para ter, quanto para não ter filhos. Em sua acepção mais afinada com o debate sobre direitos reprodutivos, o conceito é tratado sob uma perspectiva de educação em saúde, que busca fortalecer a escolha livre e informada de ter ou não ter filhos, e quando tê-los (BERQUÓ, 1999).

Em ambas as políticas as ações voltadas para o planejamento reprodutivo dividem-se entre contracepção e prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A PNAISM (BRASIL, 2004a, 2004b) engloba também o tema da infertilidade, recomendando a inclusão de procedimentos de reprodução assistida no SUS. Na RC, o momento privilegiado de ofertar o planejamento reprodutivo foi localizado no pós-parto e no puerpério, juntamente a ações para a prevenção de ISTs (BRASIL, 2011a), fazendo com que a oferta de atenção em contracepção e ISTs esteja subordinada à ocorrência da gestação.

O conceito é mais aprofundado pela PNAISM, que estipula que as medidas voltadas a esse respeito exigem continuidade a fim de serem eficazes. Para isso, recomenda que é necessário abordar, principalmente, temas como: educação e aconselhamento em saúde, e fornecimento de ampla variedade de métodos anticoncepcionais. A normativa também define que o público-alvo dessas ações deve ser composto por adolescentes, homens, e mulheres em idade fértil (BRASIL, 2004a, 2004b).

O rol de medidas elencadas para a assistência ao planejamento familiar em ambas as políticas demonstra privilegiar o modelo heterossexual de família nuclear, partindo da composição mãe, pai e filhos. A PNAISM se compromete a estimular ações de planejamento familiar para homens e mulheres, silenciando sobre outros arranjos reprodutivos. A RC reitera diversas vezes a família nuclear: através da valorização da paternidade e da ampliação do "acesso aos métodos anticoncepcionais para que mulheres e homens tenham filhos no momento que desejarem" (BRASIL, 2011b, p. 9).

Considerando que a atenção à reprodução é descrita como parte fundamental das políticas, não podemos negligenciar o fato de que ao situar essa temática, exclusiva ou predominantemente, em normativas de saúde da mulher está-se promovendo a mulher como a responsável por manejar o planejamento reprodutivo e, portanto, colocando-a como a potencial responsável diante de eventuais consequências e fracassos (DINIZ; CABRAL, 2021).

O acoplamento entre sexo, reprodução, maternidade e família é realizado também por meio da figura da cegonha que empresta seu nome e sua imagem a uma das políticas investigadas. Embora a RC tenha seu marco jurídico constituído na Portaria nº 1.459, seu lançamento oficial aconteceu em março de 2011, onde, além de ser apresentada em linhas gerais em um discurso presidencial (ROUSSEFF, 2011), a RC também foi promovida através de uma identidade visual. Nesse logo se vê o desenho multicolorido de uma cegonha a voar com um bebê no bico, sendo este sustentado por uma fralda de pano estampado (BRASIL, 2013).

A narrativa sobre os bebês serem entregues por cegonhas exclui a mulher da cena, ao mesmo tempo em que apaga também outro componente central para a reprodução: o ato sexual. Através da cegonha, o sexo responsável por resultar na gestação é moralizado, produzindo um silenciamento sobre a sexualidade de mulheres e de seres humanos no geral, em conjunto a uma priorização da criança como a personagem principal do processo e, pode-se inferir, da política (ROSA, 2023). As críticas advindas de ativistas dos movimentos de mulheres e de feministas sobre o nome da política foram abundantes e denunciavam a inevitável infantilização das mulheres perpetrada pela associação da reprodução humana a uma fábula (CASTILHOS, 2011; NEGRÃO, 2011). Estaria, assim, retornando à cena da saúde a predominância da perspectiva materno-infantilista.

Outro exemplo da referência à indissociabilidade entre gestação e maternidade na RC (BRASIL, 2011a) consiste na meta de diminuição da mortalidade materna que pretende ser alcançada ignorando um fator crucial para a morte de pessoas gestantes: o aborto voluntário. Ao silenciar a respeito do aborto enquanto um recurso de planejamento reprodutivo, a normativa demonstra reconhecer somente as gestantes que desejam ser mães, desprezando a possibilidade de tanto a gestação, quanto a maternidade, não serem possíveis ou desejadas.

Embora o aborto voluntário seja criminalizado no Brasil, salvo poucas exceções (gestação decorrente de estupro, anencefalia fetal e risco de morte da gestante), seu emprego como uma alternativa possível diante de uma gravidez não prevista não deve ser desprezado (DINIZ; CABRAL, 2021). Mesmo que uma política de saúde não tenha a legitimidade jurídica necessária para legalizar o aborto, em se tratando de implementar medidas efetivas de planejamento reprodutivo, é importante que se estabeleçam ações de cuidado que considerem a magnitude com que essa prática ocorre no país.

Segundo Angela Davis (2016), se entendermos o planejamento reprodutivo como um pré-requisito para o fortalecimento da autonomia das mulheres, então o aborto precisa ser incluído ao lado dos métodos anticoncepcionais.

Vale notar que a conexão entre sexo e procriação não se impõe de forma absoluta na totalidade de documentos analisada, pois na PNAISM são feitas algumas referências ao sexo sem fins reprodutivos, ainda que não sejam detalhadas propostas de ações específicas para essa temática. Ali, encontram-se menções pontuais ao direito a uma "vida sexual segura e satisfatória" (BRASIL, 2004a, p. 11), ao sexo não heterossexual, e ao "exercício da sexualidade" (BRASIL, 2004a, p. 25). Porém, tais menções são pontuais e tomando as duas normativas em conjunto, é possível identificar o funcionamento de uma hierarquia de valores que organiza as práticas sexuais e toma como ponto de partida a reprodução como "finalidade última e mais nobre do sexo" (VILLELA; ARRILHA, 2003).

Heterossexualidade presumida e família nuclear

A obviedade da família nuclear nas políticas analisadas surge de modo indissociável à heterossexualidade presumida, tornando-se mais evidente no olhar sobre a atenção ao pré-natal e ao parto, sobretudo na RC. No âmbito do ciclo gravídico-puerperal, os documentos apresentam uma mulher heterossexual que gesta, pare e é mãe, vivendo em conjugalidade com um homem. Assim, o discurso adotado indica em que contextos e com que sujeitos espera-se que uma mulher experimente o sexo.

A formulação sobre o direito a acompanhante no parto e pós-parto presente nos documentos relacionados à RC (BRASIL, 2011b, 2014, 2015) é exemplar dessa operação. Nesses trechos, a figura predominante da pessoa que acompanharia a parturiente é a do homem – simultaneamente marido e pai – podendo ser materializada inclusive em artefatos como na "pulseirinha do pai", reservada ao acompanhante masculino nas maternidades por ocasião do parto (CARVALHO; CABRAL; DINIZ, 2020).

A associação frequente, na RC, entre acompanhante e pai caminha ao lado da menção do trio "bebê, mãe e pai", que chega a aparecer como uma entidade única: "mãe-bebê-pai" (BRASIL, 2014, p. 143). A ideia de que gestação e parto dizem respeito a um processo que envolve "um bebê, uma mãe, um pai, uma nova família" (BRASIL, 2011b, p. 8) remete à reprodução circunscrita na formação de famílias nucleares cisheteronormativas, em diálogo com a noção de que a família é a célula base da sociedade. A esse respeito, citamos também o argumento pela defesa de uma atenção humanizada "centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família" (BRASIL, 2011b, p. 11), que encadeia e enquadra os sujeitos a serem cobertos pelo direito a cuidados humanizados no mesmo modelo de família.

Seja nos documentos oficiais da RC ou em registros de divulgação das ações a ela relacionadas, é notória a sistemática referência à família ao apresentar, justificar e promover a política de saúde da mulher. As expressões utilizadas são: constituição de uma família; defesa da família; resgate de valores na família; direitos humanos das famílias; apoiar as famílias; diversidade de famílias; não afrontar a família; ter a família como foco principal (BRASIL, 2011b, 2014, 2015; ROUSSEFF *apud* BONIN, 2010). Para além de validar ou criticar cada uma das afirmações, interessa assinalar que a narrativa sobre a saúde da mulher aparece costurada em permanente associação à categoria de família. Nesses argumentos, destaca-se a promoção de um pensamento conservador sobre a família que se contrapõe às perspectivas sobre gênero e sexualidade defendidas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos (CORRÊA, 2022).

A primazia da família nuclear heterossexual na RC supõe um cenário que demonstra ser viável somente mediante o desprezo de dados sobre a realidade nacional à época de sua elaboração, onde 17,3% das famílias brasileiras eram constituídas por mulheres com filhos sem a presença de um homem marido e pai (FONTOURA; PEDROSA, 2010). Em 2015, considerando apenas as famílias monoparentais, 87% delas eram compostas por mulheres com filhos, número que aumentou nove vezes no período de 2001 a 2015 (CAVENAGHI; ALVES, 2018). Dessa forma, a diversidade dos arranjos familiares que pode se dar, por exemplo, por meio de casais homossexuais e famílias monoparentais, está majoritariamente fora do horizonte das políticas quando se fala em gestação, parto e nascimento.

No texto da PNAISM (BRASIL, 2004a) é possível identificar pontos de tensão mais visíveis em relação à onipresença da heterossexualidade. Além de não pré-definir o gênero dos membros do casal em diversos momentos ao longo do documento, a PNAISM se propõe a contemplar mulheres lésbicas em seu horizonte. Embora os pontos elencados no diagnóstico de saúde das mulheres lésbicas girem em torno de questões ginecológicas, a presença dessa população no corpo do documento corrobora para afirmar que é possível acessar uma política de saúde da mulher mesmo que sua prática sexual não se dê no contexto da reprodução heterossexual. Com isso, podemos compreender que a PNAISM reconhece lésbicas como mulheres e as contempla em seu programa, porém, desde que elas sejam passíveis de ocuparem o lugar de objeto dos saberes ginecológicos.

A reprodução cisheteronormativa: lócus por excelência do acesso à cidadania das mulheres na saúde

A análise demonstra que entre PNAISM e RC há continuidades e rupturas. Se, por um lado, o paradigma da integralidade figura como uma flagrante descontinuidade, por outro lado, a concentração de

esforços e recursos na gestação destaca-se como um elemento em comum, visto que presente em ambas as normativas.

Considerando que a integralidade é vista como uma conquista da sociedade civil organizada, oriunda das lutas por democracia e saúde, a sua ausência na RC é vista como um ataque aos direitos constitucionais conquistados ao longo dos anos, representando um retrocesso no âmbito das políticas públicas de saúde da mulher (COSTA; DINIZ, 2011). Essa crítica dos movimentos sociais ressalta a forte participação política de mulheres e feministas em busca de direitos de cidadania, a fim de garantir vidas mais vivíveis (ROSA, 2023). Ao mesmo tempo, também sinaliza a não linearidade do exercício de incidir no Estado em prol de direitos, uma vez que assinala a existência de uma relação complexa e multidimensional, sobretudo se considerar as diferentes esferas de poderes no Estado brasileiro (BRAMBILLA, 2021).

A noção de que é a mulher a responsável não só pela concepção e contracepção, mas também pela manutenção da saúde da criança integra o processo permanente de fabricação de estabilidade e fixação do sistema de produção da diferença sexual, uma vez que localiza na condição orgânica feminina a tendência para a procriação e o cuidado, especialmente dentro do ambiente familiar doméstico. Este aspecto está presente mesmo no contexto de uma normativa que se propôs a formular um olhar crítico a partir da perspectiva de gênero – caso da PNAISM.

A prevalência da família nuclear cisheteronormativa no discurso das políticas faz aliança com um dos papéis mais reconhecidamente femininos: o do cuidado. Essa narrativa presente em políticas sociais de distintos países (MARCONDES; FARAH, 2022) sustenta que não é suficiente à mulher ser meramente uma procriadora, uma vez que deve exercer a reprodução dentro de uma cena na qual a união heterossexual e a família nuclear se imponham, ou seja, onde a mulher seja esposa, mãe e cuidadora. O compromisso da mulher com a manutenção da família e da sociedade demanda que ela ocupe uma posição de "reserva moral da sociedade, na medida em que está mais próxima da religião, do amor, da abnegação e da dedicação aos outros" (ROHDEN, 2001, p. 137).

A magnitude da função de cuidadora exercida pela mulher é mencionada pela PNAISM por meio de uma abordagem crítica. No documento se reconhece que é a mulher quem se responsabiliza no cotidiano pelo cuidado e acompanhamento de "crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos", incluindo a relação com serviços de saúde (BRASIL, 2004a, p. 9). Ao discutir a desigualdade de gênero, são problematizadas as múltiplas jornadas de trabalho, apontando que é a mulher quem assume as tarefas domésticas e os cuidados gerais da família.

Angela Davis (2016) e Silvia Federici (2019) argumentam que para o avanço do capitalismo industrial, foi preciso que a economia doméstica passasse a ser desvalorizada, a partir de uma

inferiorização das atividades que incluem desde criação, educação e socialização das crianças, a cozinhar, lavar, limpar e cultivar (agricultura de subsistência): "quanto mais as tarefas domésticas das mulheres eram reduzidas, devido ao impacto da industrialização, mais intransigente se tornava a afirmação de que 'o lugar da mulher é em casa'" (DAVIS, 2016, p. 50). O que os estudos sobre a medicina da mulher (LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002) mostram é a contribuição da ciência para a produção de uma zona no corpo que acomodasse os papéis sociais da mulher. Dessa maneira, a afirmação de que é a própria natureza quem conduz a mulher para essas funções foi investida de cientificidade.

Emerge com primazia nas normativas medidas direcionadas para a gestação, mesmo que seja a partir de uma virtual capacidade de reproduzir – como exemplificada nas expressões idade fértil e fertilidade. A noção de maternidade associada à de gravidez como ocorrência natural da vivência da sexualidade compõe um cenário no qual a mulher é gestante - ou puérpera - e mãe, tornando esses termos e essas condições indissociáveis. Além disso, a inclusão da figura da criança ou do recém-nascido na definição de mulher na RC se impõe, uma vez que questões relativas à segunda não aparecem sem menção à primeira.

A conjugação naturalizada entre estar gestante e exercer o papel de mãe torna o segundo elemento uma consequência óbvia, direta e espontânea do primeiro. A parentalidade como um tema majoritariamente feminino tem sido sustentada por meio do estabelecimento da precedência de um vínculo de filiação parental entre o corpo do recém-nascido e o corpo progenitor, especialmente o das mulheres (ROBLES, 2013). Para Elisabeth Vieira (2002, p. 32), há uma "causalidade lógica entre a potencialidade biológica da mulher gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina", desde onde temos o acoplamento entre mulher, (hetero)sexualidade reprodutiva, gestação e maternidade.

O sexo e a sexualidade direcionados para a construção e manutenção da família nuclear integram o projeto civilizatório marcado pelo entendimento de que o sistema reprodutivo feminino constitui-se simultaneamente como bem público e objeto de intervenção e pesquisa a serviço do interesse nacional (PRECIADO, 2013). Nesse processo, a repressão sexual feminina desempenha um papel fundamental, sendo, para isso, compreendida como o estado normal da mulher que encontra na anatomia do corpo a pré-disposição para a passividade, a domesticidade e a dedicação à família (MARTIN, 2006; LAQUEUR, 2001).

No que se refere à moralização da sexualidade feminina, a cegonha como ícone de uma política nacional de saúde da mulher torna-se um exemplo notável. Para ativistas pelos direitos das mulheres à saúde, a escolha pelo protagonismo da cegonha promove a desumanização da reprodução alijando as

mulheres de seus direitos, ao mesmo tempo em que representa um compromisso com setores conservadores da sociedade (NEGRÃO, 2011; OLIVEIRA, 2012). O argumento ressalta que sem a concepção de "mulher-reprodutora" ou "mulher-hospedeira" como fundamento, a forma final da RC não seria possível, pois a normativa subentende e sublinha "a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade" (CARNEIRO, 2013, p. 50).

De acordo com os pressupostos do regime heterossexual, a sexualidade feminina adequada seria aquela passível de moderação e movida por sentimentos de dever e amor conjugal. No que se refere à regulação da sexualidade, os contornos do "sexo bom" (ou adequado, desejável, normal) e do "sexo mau" (ou inadequado, indesejável, desviante e, no limite, patológico) são desenhados em relação à presença ou ausência do caráter reprodutivo das práticas (hetero)sexuais, reforçando a articulação entre reprodução humana e social (RUBIN, 2017; CARRARA, 2015).

A mistificação da maternidade aliada à inserção da mulher na família é reiterada por expressões como "binômio mãe-bebê", "mãe-pai-bebê" e a convocatória para agir em defesa da família, manifestadas na RC (BRASIL, 2011b, 2014, 2015). A circulação de tais discursos no campo de saúde da mulher sinalizam as disputas em torno das questões de gênero, ainda que a perspectiva de gênero não seja diretamente trabalhada por uma das políticas (caso da RC). Também a presença da ideia de defesa da família reverbera discursos conservadores, que seriam vistos com mais intensidade, sobretudo, a partir de 2016, com a chegada à presidência da República de políticos de direita e ultradireita (BRANDÃO; CABRAL, 2019).

A pertinência desse debate pode também ser contemplada na presença cotidiana de tal questão no Brasil, quando meninas e mulheres têm seus direitos reprodutivos negados. A título de exemplo, citamos o caso recente de uma mulher que teve sua solicitação de inserção de dispositivo intrauterino negada por um hospital privado. A decisão judicial em primeira instância ratificou a posição do serviço, argumentando que o uso de métodos contraceptivos para a "mera busca do prazer sexual" não se justifica (SMITH, 2024). Com isso, vemos que os ditames do "sexo bom" e do "sexo mau" ganham contornos concretos e perversos na história cotidiana de mulheres no Brasil.

Para Ochy Curiel (2013), enquanto um pilar do regime heterossexual, a família nuclear cisheteronormativa na qual se identifica o homem pai e provedor e a mulher mãe e cuidadora é tida como um ideal que oculta a existência de outras formas de grupamentos humanos na realidade social. Nesse sentido, a hierarquia estabelecida organiza de maneira desigual as modalidades de família, tomando como modelo a família nuclear do casal heterossexual e como tipos inferiores/desajustados os demais arranjos, como as famílias monoparentais, estendidas, de casais homossexuais, ou de pessoas trans, por exemplo. Também se invisibiliza, nesse enquadre, a família como um espaço no qual as

mulheres vulnerabilizadas podem experimentar solidariedade e tecer redes de resistência à opressão (GALINDO, 2022).

Nos documentos das políticas de saúde analisadas, a universalidade de direitos à saúde estabelecida para as mulheres encontra-se subordinada à cisheteronormatividade, caracterizando a mulher cisgênera como o sujeito natural de suas atribuições. O gestar, o parir e o maternar no contexto da família nuclear são firmados como o edifício da feminilidade e operam de modo a identificar quem são as mulheres preferencialmente em pauta pelas políticas e também indicam, ainda que por silenciamento, quem são as "outras mulheres", aquelas que não correspondem à hierarquia da diferença sexual. Ou seja, ao mesmo tempo em que se determina quem está na norma, também se designa quem está fora dela. A visibilização dos contornos que delimitam os sujeitos mutuamente produzidos e representados pelas políticas indicam, portanto, a constituição simultânea e interdependente de sujeitos centrais e sujeitos marginais (DAS; POOLE, 2004).

No centro das normativas elege-se como sujeito político de direito a mulher cisgênera, em sua presumida fertilidade, inserida em uma família nuclear heteronormativa. Às margens da cidadania compreendida pelas políticas estão as mulheres cujos corpos e modos de vida são deslegitimados pelo ideal referido. Entre elas, estão mulheres lésbicas, travestis, prostitutas e pessoas transexuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que quanto mais autoevidentes alguns termos e expressões se tornam, tanto mais urgente é que nos dediquemos a estranhá-los e colocá-los sob escrutínio, a fim de historicizá-los e de determinar os meios através dos quais tamanho grau de naturalidade pôde ser alcançado. No âmbito dos documentos oficiais de políticas públicas, a naturalização de termos e expressões fornece subsídios para a constituição de sujeitos, especialmente quando consideramos aqueles definidos como público-alvo das normativas. Assim, destaca-se a dimensão produtiva das políticas públicas enquanto práticas de governo ao não apenas representar elementos, sujeitos e relações, mas também forjá-los.

Mapear os sentidos em torno dos agenciamentos entre mulher e família nas políticas de saúde da mulher permitiu identificar as maneiras pelas quais a noção de família qualifica, habilita e legitima o acesso das mulheres aos direitos de saúde. Compreendemos que há aí o funcionamento de uma relação cruzada, na qual os sentidos designados para a família reiteram os sentidos designados para as mulheres, e vice-versa.

O avanço sobre o corpo da mulher como parte do projeto de governo da população faz com que ela seja colocada no centro das políticas reprodutivas por meio de uma tentativa de desapropriação de seu corpo,

especialmente de determinados órgãos e processos. Tornado um bem público por meio do advento de disciplinas, como a ginecologia, o sistema reprodutivo feminino ancora a própria identidade das mulheres, privilegiando sua pretensa disponibilidade para a procriação.

A pressuposição da heterossexualidade e da família nuclear nas políticas corrobora para naturalizar essas práticas e racionalidades. Conforme os documentos se eximem da tarefa de nomear os arranjos heterossexuais, acabam por essencializá-los, localizando-os como o padrão universal e, por conseguinte, lançando as demais possibilidades no lugar da diferença, do outro, do artificial ou, ainda, da contra-natureza. Essa operação desnuda o processo através do qual as políticas simultaneamente produzem e representam a população à qual se destina; constituindo, assim, de modo interdependente, aqueles sujeitos que estão no centro e aqueles que estão às margens.

A descontinuidade da PNAISM com o advento da RC é percebida como um ataque à saúde da mulher e um retrocesso nas políticas públicas. Com isso, a RC constitui um marco do fortalecimento do materno-infantilismo, ao mesmo tempo em que sinaliza o abandono da integralidade na atenção à saúde da mulher no âmbito nacional. Essa passagem também é permeada pela diminuição da participação social na elaboração das políticas e pela aliança do governo federal com parcelas conservadoras da sociedade às custas da negligência com princípios e direitos garantidos juridicamente.

A perda de primazia da integralidade para o materno-infantilismo, a partir de 2011, representa um elo da dinâmica de retrocesso em direitos civis, políticos e sociais que seria intensificada nos anos posteriores, de gestões conservadoras de direita e de extrema direita no executivo federal. Assim, o percurso do estudo sobre as políticas públicas de saúde da mulher do século XXI demonstra que à medida que a defesa dos direitos das mulheres à saúde perde amplitude, a designação da mulher em seu papel reprodutivo é reiterada. Com isso, a maternidade e a família nuclear cisheteronormativa acabam por se conformar como o lócus, por excelência, do acesso à cidadania das mulheres na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ABERS, R. “Institutions, Networks and Activism Inside the State: Women’s Health and Environmental Policy in Brazil”. **Critical Policy Studies**, vol. 15, n. 3, 2020.

ABERS, R.; TATAGIBA, L. “Institutional Activism: Mobilizing For Women’s Health From Inside The Brazilian Bureaucracy”. *In*: ROSSI, F.; BÜLOW, M. (orgs.). **Social Movement Dynamics**. London: Routledge, 2015.

AGUIÃO, S. **Fazer-se no “Estado”**: uma etnografia sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2018.

ALVES, F.; MIOTO, R. C. “O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais”. **Argumentum**, vol. 7, n. 2, 2015.

ARAÚJO, M. J.; SIMONETTI, M. C. "Saúde das Mulheres: questões que o debate sobre políticas públicas ainda tem que enfrentar". **Revista Observatório Brasil da Igualdade de Gênero** [2014]. Disponível em: <www.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024

BARBOSA, M.; COSTA, N. "A loucura nas famílias em tempos de Reforma Psiquiátrica: uma revisão bibliográfica". **Psicologia em Pesquisa**, vol. 17, n. 2, 2023.

BERQUÓ, E. "Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil". *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1999.

BONIN, R. "Dilma divulga carta para 'pôr um fim definitivo à campanha de calúnias'". **G1** [2010]. Disponível em: <www.g1.globo.com>. Acesso em: 27/11/2023.

BRAMBILLA, B. "Estado patriarcal e políticas para mulheres: da luta pela equidade de gênero ao caso de polícia". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 5, n. 13, 2021.

BRANDÃO, E.; CABRAL, C. "Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil". **Sexual Reproductive Health Matters**, vol. 27, n. 2, 2019.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**: humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

BRASIL. **Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/01/2024.

CAMPOS, M. "O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz?". *In*: MIOTO, R. C.; CAMPOS, M.; CARLOTO, C, (orgs.). **Familismo, direito e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Editora Cortez, 2015.

CARNEIRO, R. "Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade". **Interface**, vol. 17, n. 44, 2013.

CARNEIRO, S. "Mulheres em movimento". **Estudos Avançados**, vol. 17, n. 49, 2003.

CARRARA, S. “Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo”. **Mana**, vol. 21, n. 2, 2015.

CARVALHO, L. **Da esterilização ao Zika**: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres (Tese de Doutorado em Ciência Política). São Paulo: USP, 2017.

CARVALHO, P.; CABRAL, C.; DINIZ, C. “O lugar da parceira que não gesta: elementos para discussão sobre homoparentalidade feminina”. *In*: SANTOS, J.; CUNHA, T.; DIAS, A. (orgs.). **Entrecruzando saberes**: gênero, sexualidade, memória e violência. Uberlândia: Editora Navegando, 2020.

CASTILHOS, C. “Senhora presidenta, ouça as mulheres”. **Viomundo** [02/04/2011. Disponível em: <www.viomundo.com.br>. Acesso em: 13/12/2023.

CASTRO, M. S. **A integralidade como aposta**: etnografia de uma política pública no ministério da saúde (Tese de Doutorado em Antropologia). Brasília: UnB, 2012.

CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. **Mulheres chefes de família no Brasil**: avanços e desafios. Rio de Janeiro: Ens-Cpes, 2018.

CORRÊA, S. **Políticas antigénero en América Latina en el contexto pandêmico**. Rio de Janeiro: ABIA, 2022.

COSTA, A. M. “Saúde integral da mulher: quo vadis 30 anos depois?” **Cebes** [2013]. Disponível em: <www.cebes.org.br>. Acesso em: 18/12/2023.

COSTA, A. M.; DINIZ, S. “Retomar a construção feminista para a saúde da mulher: anotações para um debate”. **Blog Saúde Brasil** [2011]. Disponível em: <www.susbrasil.net>. Acesso em: 08/12/2023.

CURIEL, O. **La Nación Heterosexual**: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación. Bogotá: Brecha Lésbica, 2013.

DAS, V.; POOLE, D. “State and Its Margins: Comparative Ethnographies”. *In*: DAS, V.; POOLE, D. (orgs.). **Anthropology in the Margins of the State**. Nova Deli: Oxford University Press, 2004.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DINIZ, C. S. “Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil”. **Reproductive health matters**, vol. 20, n. 39, 2012.

DINIZ, C. S.; CABRAL, C. S. “Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics”. **Global Public Health**, vol. 17, n. 11, 2021.

DINIZ, S. **Humanização da assistência ao parto - teoria e prática**: gênero, direitos humanos, desafios e lições aprendidas na implementação de práticas humanizadas no SUS. São Paulo: Editora Dialética, 2023.

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

FERREIRA, L.; LOWENKRON, L. “Encontros etnográficos com papéis e outros registros burocráticos”. *In*: FERREIRA, L.; LOWENKRON, L. (orgs.). **Etnografia de documentos**: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro: Editora E-papers, 2020.

FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população:** uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1993.

FONTOURA, N.; PEDROSA, C. **PNAD 2009**: primeiras análises - investigando a chefia feminina de família. Brasília: Ipea, 2010.

FOUCAULT, M. **Sécurité, territoire, population**. Paris: Gallimard, 2004.

GALINDO, M. **Feminismo bastardo**. Buenos Aires: La Vaca, 2022.

LAQUEUR, T. **Making sex**: Body and gender from the Greeks to Freud. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

LOWENKRON, L.; FERREIRA, L. "Anthropological perspectives on documents. Ethnographic dialogues on the trail of police papers". **Vibrant, Virtual Brazilian Anthropology**, vol. 11, n. 2, 2014.

MARCONDES, M.; FARAH, M. "Mainstreaming gender in policy narratives: childcare policies during Latin America's left turn". **Social Politics**, vol. 29, n. 4, 2022.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Trad. Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.

MIOTO, R. C. "A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate". **Políticas Públicas**, vol. 8, n. 1, 2004.

NEGRÃO, T. "Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos". **Viomundo** [2011]. Disponível em: <www.viomundo.com.br>. Acesso em: 11/12/2023.

OLIVEIRA, F. "A saúde da mulher na encruzilhada". **Viomundo** [2012]. Disponível em: <www.viomundo.com.br>. Acesso em: 11/12/2023.

PEREIRA, P. "Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania". *In*: BOSCHETTI, I. *et al*. (orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

PRECIADO, P. **Manifeste contra-sexuel**. Paris: Ballard, 2000.

PRECIADO, P. **Testo junkie**: Sex, drugs, and biopolitics in the pharmacopornographic era. Nova Iorque: The Feminist Press at CUNY, 2013.

PRECIADO, P. **Transfeminismo**. São Paulo: n -1 edições, 2018.

ROBLES, A. "La 'police amie des mères': nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain". **Sociologie**, vol. 4, n. 1, 2013.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2001.

ROSA, H. **Políticas do feminino**: saúde, sexo, gênero. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2023.

ROSA, H.; CABRAL, C. S. "Uma cidadania da fertilidade: as políticas de saúde da mulher como tecnologias de produção do sexo e do gênero". **Saúde e Sociedade**, vol. 32, n. 2, 2023.

ROUSSEFF, D. “Discurso proferido no lançamento da Rede Cegonha”. **Youtube** [2011]. Disponível em: <www.youtube.com>. Acesso em: 09/12/2023.

RUBIN, G. **Políticas do sexo**. São Paulo: Editora Ubu, 2017.

SANTOS, T.; D’ONOFRIO, P. “¡¡¡Trajectorías de coraje!!! Mujeres em liderazgo a la luz de la teoría del techo de cristal”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 16, n. 48, 2022.

SMITH, M. “Juiz diz que DIU afronta a moralidade cristã e rejeita ação do PSOL contra o Hospital São Camilo”. **Folha de São Paulo** [2024]. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br>. Acesso em: 01/02/2024.

SOUZA LIMA, A. C.; CASTRO, J. P. “Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s)”. **Anthropológicas**, vol. 26, n. 2, 2015.

VENTURA, M. “Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos”. *In*: BARSTED, L.; PITANGUY, J. (orgs.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Brasília: ONU Mulheres, 2011.

VIANNA, A. “Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais”. *In*: CASTILHO, S. R. *et al*. (orgs.). **Antropologia das práticas de poder**: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2014.

VIANNA, A.; LOWENKRON, L. “O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens”. **Cadernos Pagu**, n. 51, 2017.

VIEIRA, E. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002.

VILLELA, W.; ARRILHA, M. “Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos”. *In*: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

WERNECK, J. “O governo Dilma está chocando o ovo da serpente”. **Viomundo** [2012]. Disponível em: <www.viomundo.com.br>. Acesso em: 13/12/2023.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano VI | Volume 17 | Nº 51 | Boa Vista |2024

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima