



## A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE PENSAMENTO POLÍTICO E MÉDICO-CIENTÍFICO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

## THE INFLUENCE OF POLITICAL AND MEDICAL-SCIENTIFIC THINKING STYLES ON MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE IN BRAZIL.

## LA INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE PENSAMIENTO POLÍTICO Y MÉDICO-CIENTÍFICO EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNOINFANTIL EN BRASIL

Recebido em: 30/09/2020

Aceito em: 12/10/2020

Alana Aragão Ávila<sup>1</sup>

### RESUMO

Este artigo busca refletir sobre a influência do pensamento político e médico-científico na construção e aplicação de políticas públicas destinadas ao cuidado materno-infantil no Brasil. Privilegiando a relação entre estes dois poderes, Estado e ciência médica, é desenvolvido um apanhado histórico a partir do início do século XX a fim de dialogar os desdobramentos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, demonstrando como as políticas públicas materno-infantis refletiram a relação quase simbiótica entre as políticas de Estado e as ciências médicas. Diante das recentes transformações políticas no cenário brasileiro aborda-se ainda a ideia de que a relação entre os dois poderes mencionados acarreta agora uma forte crise no sistema de saúde pública brasileira, ancorada em um estilo de pensamento neoliberal, comprometendo a execução dos princípios do SUS.

**Palavras-chave:** política, saúde pública, assistência materno-infantil.

### ABSTRACT

This article seeks to reflect on the influence of political and medical-scientific thinking in the construction and application of public policies aimed at maternal and child care in Brazil. Privileging the relationship between these two powers, the State and THE medical science, a historical overview is developed from the beginning of the twentieth century in order to discuss the consequences of the implantation of the Unified Health System (UHS) from the 1988 Brazilian Federal Constitution, demonstrating how maternal and child public policies reflected the almost symbiotic relationship between state policies and medical sciences. In view of the recent political transformations in the brazilian scenario, the idea is that the relationship between the two mentioned powers now causes a strong crisis in the brazilian public health system, anchored in a neoliberal style of thinking, compromising the execution of the principles of UHS.

**Keywords:** politics, public health, maternal and child care.

<sup>1</sup> Doutoranda e mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFSC), Bacharela em Psicologia (UFC). Pesquisadora vinculada ao Coletivo de Estudos em Ambientes, Percepções e Práticas (CANOA). Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) a partir de bolsa de doutorado. E-mail: alanaavila01@yahoo.com.br

## RESUMEN

Este artículo busca reflexionar sobre la influencia del pensamiento político y médico-científico en la construcción y aplicación de políticas públicas orientadas a la atención materno-infantil en Brasil. Privilegiando la relación entre estos dos poderes, el Estado y la ciencia médica, se desarrolla un recorrido histórico desde principios del siglo XX con el fin de discutir las consecuencias de la implantación del Sistema Único de Salud (SUS) a partir de la Constitución Federal Brasileña de 1988, demostrando cómo las políticas públicas materno-infantiles reflejan la relación casi simbiótica entre las políticas estatales y las ciencias médicas. Frente a las recientes transformaciones políticas en el escenario brasileño, la idea de que la relación entre los dos poderes mencionados provoca ahora una fuerte crisis en el sistema de salud pública brasileño, anclado en un estilo de pensamiento neoliberal, comprometiendo la ejecución de los principios del SUS.

**Palabras clave:** política, salud pública, cuidado materno infantil.

## INTRODUÇÃO

Se em dado momento da história ocidental o Estado esteve aliado a Igreja na produção das normas de condutas de corpos e sujeitos, com a inauguração da ciência moderna – e que por ser moderna é também ocidental, positivista e colonialista - o campo da ciência passou a ser o principal aliado do Estado na condução de questões relacionadas ao controle e a produção de verdades. Tomando como partida a proposta de Fleck (2010) relacionada aos estilos de pensamento e a influência destes na produção de fatos científicos, propõe-se problematizar os efeitos dos estilos de pensamento adotados pelo governo brasileiro e as relações destes com a ciência médica na formulação de políticas públicas de assistência materno-infantil. Espera-se assim tornar possível a visualização de alguns índices para uma análise sociocultural da produção científica e da construção e acesso às políticas públicas no Brasil.

Foucault (2008) afirma que para compreender a biopolítica faz-se necessário compreender o regime geral da razão governamental. Ou seja, o regime político que dá subsídio para a produção e alcance do poder e tecnologias vinculadas aos corpos e a vida da população. Longe de acompanhar fielmente os avanços científicos, governos dotados de estilos de pensamento específicos produzem regras e políticas voltadas a interesses próprios. Da mesma forma, estilos de pensamento hegemônicos influenciam as próprias possibilidades de produção médico-científica e, conseqüentemente, produzem efeitos no social. Encontramos então a ciência médica e a política em uma espécie de fita de Möbius que impossibilita saber até que ponto se trata de política e até que ponto falamos de ciência.

Rose (2013), partindo do pensamento de Ludwick Fleck, afirma que “Um estilo de pensamento é uma forma particular de pensar, ver e agir. Envolve formular asserções que só são possíveis dentro daquela maneira de pensar.” (p. 26). Enquanto Rose utiliza essa proposta

para pensar a biopolítica molecular, proponho transpor a questão e ampliar o debate para as produções médico-científicas e governamentais relacionadas à assistência a saúde materno-infantil no Brasil. Para tanto, cabe a exploração tanto da construção das políticas públicas quanto da própria evolução da ciência médica, relacionando-a a maternidade e reprodução. Todavia, ao contrário da pesquisa de Fleck (2010) sobre a produção da sífilis enquanto fato científico, esta pesquisa não se propõe a ser feita sem lacunas. O rastreamento desenvolvido a partir da intersecção entre governos, ciência médica e assistência materno-infantil aborda apenas alguns dos índices de investigação possíveis deste cenário, deixando o espaço de diálogo aberto para que outras pesquisas contribuam para a temática<sup>2</sup>.

## MATERNIDADE E POLÍTICAS DE ESTADO

A criação e o desenvolvimento das políticas públicas destinadas ao público materno-infantil no Brasil, ainda no início do século XX, refletem um dos eixos do movimento de transformação da maternidade em matéria científica e, como tal, passível de intervenção tanto do Estado quanto da ciência médica. Ao direcionar a análise para as políticas públicas de saúde materno-infantil é possível visualizar a forma como as mulheres foram tomadas socialmente a partir de seus papéis de gênero<sup>3</sup>, vinculando-as ao suposto destino biológico da reprodução e maternidade. No cenário brasileiro, Freire (2009) e Marinho (2011) localizam o surgimento das políticas materno-infantis nas décadas de 1920-40. Freire identifica o surgimento e aplicação da puericultura<sup>4</sup> como a principal ferramenta de intervenção da medicina dentro das famílias brasileiras. É preciso destacar que as famílias e mulheres colocadas no foco destas políticas eram em sua maioria brancas e de classe média, trazendo os atravessamentos de raça e classe para o debate. Afinal, no período histórico mencionado as mulheres pobres, assim como mulheres negras, já estavam inseridas no mercado de trabalho<sup>5</sup>, sendo necessário traçar essa distinção a fim de compreender para quais mulheres o discurso médico e o interesse do Estado estavam orientados.

---

<sup>2</sup> Privilegiou-se neste artigo a abordagem da relação entre o Estado brasileiro e as ciências médicas para a discussão da relação entre estes e a produção de políticas materno-infantis. Todavia destaca-se a necessidade de expandir a análise com a inclusão de movimentos de mulheres, movimentos negros e iniciativas populares que influenciaram e influenciam o desenvolvimento e a aplicação de políticas tanto no campo da saúde quanto de outras formas de proteção social.

<sup>3</sup> Gênero é compreendido aqui como construção social da diferença vinculada ao sexo biológico atribuído ao sujeito. Para discussões aprofundadas sobre o tema ver Butler (2003) e Scott (1995).

<sup>4</sup> Puericultura é definida por Ferreira (1999) apud Bonilho & Rivorêdo (2005) como “o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade.” (p. 7).

<sup>5</sup> Discussões aprofundadas sobre a inserção das mulheres brasileiras no mercado de trabalho podem ser acessadas através dos trabalhos de Soihet (2012) e Arend (2012).

Freire (2009) afirma que no Brasil o início do século XX foi marcado por um forte sentimento nacionalista amparado e incentivado pelo Estado. No regime autoritário do Estado Novo a produção de políticas de proteção materno-infantis dizia do interesse do governo em incentivar a reprodução social a fim de produzir indivíduos saudáveis para o fortalecimento da nação. O estilo de pensamento nacionalista afetou tanto a produção de políticas públicas, quanto a produção e divulgação de preceitos médico-científicos vinculados à maternidade, acarretando mudanças na forma como a ciência médica era aplicada no cotidiano da população. Se Freire aborda em sua tese a aliança entre mães e médicos a partir dessas políticas públicas é porque existiu uma forma de pensamento científico que dava subsídio às orientações que as mulheres recebiam dentro e fora dos consultórios. Através da forte influência de um Estado com políticas higienistas, a medicina infiltrou-se até nas revistas para o público feminino, extrapolando os consultórios e funcionando como espécies de manuais para a atuação materna. Essa forma de pedagogia para a maternidade vinculava-se ainda, não por acaso, ao Ministério da Educação e Saúde. Se naquele momento o setor da saúde não tinha um ministério independente, foi sob a égide da ligação com o setor educacional que a maternidade passou a ser considerada como um problema a ser resolvido no cenário brasileiro.

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. (BRASIL, 2011, p. 9-10).

Entre as prerrogativas do documento citado constavam ainda a necessidade de realizar estudos relativos ao ‘problema social da maternidade’, assim como a divulgação de conhecimentos a fim de orientar a opinião pública em relação ao tema.

Se no Brasil a puericultura enquanto prática médica direcionada ao cuidado materno-infantil tornou-se parte das políticas públicas a partir dos anos 1920-40, na Europa essas transformações borbulhavam desde o final do século XIX. Como bem lembra Rohden (2002), produzindo um apanhado do histórico da ginecologia no Brasil e na Europa, o desenvolvimento dos cuidados pré-natais e da ideia do parto realizado em hospitais, criando assim as maternidades, esteve aliado tanto ao avanço científico quanto a necessidade da aplicação de uma disciplina moral e corporal, especialmente para as mulheres de classes inferiores. Rohden evidencia o modo como a ginecologia se transformou em uma ‘ciência da mulher’ sendo consolidada a partir do princípio de que o corpo e o papel social femininos são determinados em função da procriação. Desse modo, a especialidade médica encerrou no corpo, a partir do

*Revista Homem, Espaço e Tempo, nº 3, volume 14º, p. 142-158, Jan/Dez/2020.*

*ISSN: 1982-3800*

sistema reprodutivo, o devir feminino. No caráter científico, Rohden relata que o surgimento e separação da ginecologia de sua prima-irmã obstetrícia deu-se em grande parte por questões técnicas do ramo científico como o surgimento da anestesia, antissepsia, assepsia e de instrumentos como fórceps e o espécuro. O contexto sociopolítico em que esses desenvolvimentos científicos se desenrolaram estava vinculado a uma crescente demanda por controle corporal do feminino a partir da fiscalização por parte do Estado instrumentalizado pela ciência médica.

Para compreender, no contexto brasileiro, como a assistência à saúde relacionou-se aos estilos de pensamento adotados por governos diversos é necessário permanecer no processo de digressão histórica que esse artigo se propôs a fim de vislumbrar sua relação com o cenário atual da saúde pública brasileira em sua intersecção com a assistência materno-infantil.

Em 1953 a área técnica da saúde foi separada do Ministério da Justiça e criou-se o Ministério da Saúde que na ocasião se alinhava a uma lógica curativista individual no acesso à atenção médica. Neste momento, o acesso à saúde pela via pública dependia da contribuição dos sujeitos à Previdência Social. Em termos de políticas públicas, Paiva e Teixeira (2014) explicitam que a atuação do ministério era direcionada principalmente à prevenção de doenças entre as camadas populares urbanas e populações da zona rural. Dessa forma, o modelo de saúde brasileiro foi, desde o final do século XIX até a década de 1960, de caráter sanitarista e inspiração militar e “visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades.” (CHIORO & SCAFF, 1999, p. 2).

Diante da aprovação da Lei Orgânica da Previdência em 1960 e da posterior instauração da Ditadura Militar no Brasil o controle da Previdência Social saiu das mãos dos trabalhadores da área da previdência e sucumbiu ao controle militar. Paiva e Teixeira (2014) apontam o período como de forte repressão, aumento da pobreza, marginalidade e pretenso crescimento diante do ‘milagre econômico’ do período. Durante os 21 anos de ditadura, os efeitos do empobrecimento da população diante das decisões dos militares faziam reflexo na saúde da população. Maíra Mathias (2018) utiliza o trabalho de autores como o pesquisador Luiz Eduardo Soares para demonstrar que no período de 1972, por exemplo, no município de São Paulo a mortalidade para cada mil nascimentos era de 90 óbitos. Já em 1961, prévia do golpe militar, eram 60 óbitos a cada mil nascimentos. Até então, essa era menor taxa do século. Indo além, entre 1972 e 1976 quase um milhão e meio de crianças morreram no Brasil por causas evitáveis e principalmente relacionadas à precarização do acesso à saúde, incluindo saneamento

básico e desnutrição. Desse modo, a atenção materno-infantil no período era destinada principalmente às classes médias diante da contratação de serviço privado. Mesmo os poucos segurados pela Previdência Social não obtinham serviços hoje considerados básicos de saúde.

Na contracorrente da repressão aos movimentos populares durante o período da ditadura, Paiva e Teixeira (2014) elencam iniciativas como a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no final dos anos 70, como parte importante das lutas contra a precarização da saúde pública oriunda do governo militar. O movimento de Reforma Sanitária ganha força nesse período onde “diversos atores, formulações teóricas, diferentes processos, lutas políticas, experiências práticas, etc., foram forjando o nascimento deste movimento.” (CHIORO & SCAFF, 1999, p. 8). Entre os atores envolvidos neste movimento, destaco a iniciativa das donas de casa da Zona Leste do estado de São Paulo que a partir de organização autônoma lutaram pela reorganização do sistema de saúde<sup>6</sup>, atuando especialmente no que viria a ser a participação popular nos Conselhos de Saúde dentro do SUS. Estes são alguns dos exemplos da apropriação do saber médico-científico através da população em geral e profissionais a fim de elaborar uma reforma na condição da oferta de saúde no Brasil.

## **RETOMADA DEMOCRÁTICA E DIREITO À SAÚDE**

Na década de 1980, o Brasil passava por uma grave crise política e financeira sob os efeitos do período da ditadura. Nesse contexto, a influência da luta pela reforma sanitária, assim como a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e iniciativas de outros movimentos democráticos de origens diversas, traçou o caminho para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). No cenário da saúde da mulher, a publicação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, possibilitava uma ampliação do conceito de atenção à saúde da mulher, rompendo com a visão restrita da saúde feminina como ligada exclusivamente ao ciclo reprodutivo.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. (OSIS, 1998, p. 31)

---

<sup>6</sup> A iniciativa das mulheres do bairro Jardim Nordeste partiu de situações como o aumento da mortalidade infantil e a ausência do Estado na garantia do acesso à saúde. Em reportagem de Mayara Paixão (2019) uma das lideranças da época afirma que o grupo se reunia diariamente para discutir a saúde pública e o que poderia ser feito para auxiliar a comunidade diante do cenário de abandono por parte do poder público.

Essas movimentações foram essenciais para a posterior criação do Sistema Único de Saúde, aliado à nova versão da Constituição Federal (CF), promulgada em 1988. O processo de construção tanto da CF de 88 quanto do SUS só foi possível em decorrência da abertura democrática do país e das iniciativas populares de luta por reconhecimento de direitos e reparação dos danos causados pelo período em que o país esteve sob a égide do golpe militar. Entre os movimentos de luta pelo SUS destaca-se a Carta das Mulheres aos Constituintes, de 1987. Entre as reivindicações do documento estava a demanda pela garantia de assistência integral à saúde da mulher através de programas que contassem com a participação de mulheres desde o desenvolvimento até a fiscalização destes programas.

Diante da criação do SUS o acesso à saúde no país tornou-se gratuito para todos os cidadãos. Se antes apenas segurados através da assinatura da carteira de trabalho tinham acesso ao serviço público, abria-se naquele momento a porta para milhares de brasileiros desassistidos em relação à saúde, incluindo as mulheres gestantes que não contavam com um protocolo padronizado de assistência. Nesse sentido o SUS enquanto política de Estado foi e continua sendo influenciado diretamente por questões políticas estratégicas não necessariamente ligadas aos avanços médico-científicos.

Promulgada a Constituição Federal de 1988, nela ficaram estabelecidos os princípios do SUS: universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, esses expressos em seus artigos de 196 a 200. O artigo 196, afirma: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Para o alcance desses princípios, estabeleceram-se as seguintes diretrizes organizativas do SUS: integração e hierarquização do sistema; descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo; o controle social mediante organização dos Conselhos de Saúde entre os usuários e o governo em todos os níveis do sistema. (SOUSA, 2014, p. 12).

A da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 e vinculada a Atenção Primária à Saúde, foi criada a fim de modificar as práticas de saúde hospitalocêntricas, fortalecendo uma ideia de promoção de saúde. O pré-natal, enquanto política de saúde, passou a ser ofertado através da ESF nos Centros de Saúde da Família. Tratando das políticas de atenção materno-infantil ofertadas pelo SUS nota-se que o pré-natal vem se apresentando como carro chefe para vinculação das mulheres ao serviço de saúde a fim de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil. No que diz respeito ao pré-natal dentro da ESF, desde a abordagem de indicadores regionais é possível observar a disparidade de acesso a este tipo de serviço dentro do SUS.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para

5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. (BRASIL, 2005)

É principalmente a partir do pré-natal que as orientações quanto aos cuidados durante gestação são propagadas. A vinculação da gestante à maternidade em que ela terá seu parto também é realizada durante o pré-natal dentro da ESF.

No início dos anos 2000 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pela portaria N° 569, de 1° de junho de 2000. Os princípios do PHPN são:

- toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico: e
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2000).

Segundo Cruz, Caminha e Filho (2014), até o surgimento do PHPN não havia uma normatização do atendimento pré-natal no Brasil. O surgimento do programa no período diz tanto do início de décadas de fortalecimento do SUS pós crises econômicas nos anos de 1990, quanto da sistematização de políticas públicas relacionadas à atenção materno-infantil e padronização da assistência em saúde no território nacional. A abertura política do país e promulgação do PHPN “trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo” (CRUZ, CAMINHA & FILHO, 2014, p. 88).

## **AVANÇOS E RETROCESSOS NA ATENÇÃO MATERNO-INFANTI BRASILEIRA**

O PHPN vem na correnteza de anos de luta pela humanização da assistência ao parto no país, principalmente através da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). Caracterizando a REHUNA, Rattner et al (2010) apontam que esta rede foi criada em 1993, a partir da Carta de Campinas, e busca a promoção da assistência humanizada ao parto e nascimento e tem seus princípios vinculados às recomendações da Organização Mundial de Saúde. Tornquist (2002) aponta que o movimento pela humanização do parto e nascimento, que é localizado no Brasil desde a década de 1980, propõe mudanças no parto hospitalar/medicalizado. Seguindo como base as propostas da Organização Mundial da Saúde



(OMS)<sup>7</sup> para o parto seguro, esse movimento critica o modelo medicalizado de assistência ao parto e o uso de procedimentos não-naturais e este “implica questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais, postulando-se, no limite, um retorno a uma vida mais natural.” (TORNQUIST, 2002, p. 487).

A iniciativa em prol da humanização do parto e nascimento partiu da sociedade civil, incluindo movimentos liderados por mulheres, através tanto de usuários do sistema de saúde quanto de profissionais da área preocupados com a forma de nascimento ofertada no país. É importante apontar como a Organização Mundial da Saúde operou, e ainda opera, um papel central frente às reivindicações por práticas de assistência à saúde materno-infantis amparadas por evidências científicas. Diante das recomendações desse órgão internacional, as diretrizes da OMS tornam-se modelos a serem seguidos por países em prol da consonância com os avanços científicos e tecnológicos. Ainda assim, como veremos posteriormente, o Brasil por vezes segue na contramão destes modelos.

Ao mesmo tempo em que se visualiza o movimento de humanização da assistência ao parto, ancorado na utilização de evidências científicas para corroborar com suas proposições, ser transformado em política pública a partir dos anos 2000, observa-se na atualidade uma espécie de retrocesso na esfera da atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Nesse sentido, no dia 03 de maio de 2019 o Ministério da Saúde emitiu despacho se posicionando contra o uso do termo ‘violência obstétrica’, um dos grandes eixos de combate do movimento pela humanização. De acordo com o órgão do governo o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019a). O texto do despacho baseia-se na ideia de que o termo não seria adequado pois não haveria intenção dos profissionais da saúde em causar dano. Dessa forma, o referido pronunciamento configura um enorme retrocesso em relação aos anos de luta, principalmente dos movimentos de mulheres, em prol da humanização e do reconhecimento da violência obstétrica no país. Deixa-se assim margem para que esta prática de violência tenha sua possibilidade de denúncia - tanto no âmbito público quanto privado - esvaziada diante do não reconhecimento pelo próprio Ministério da Saúde.

O contexto da proibição do uso do termo violência obstétrica ultrapassa questões médico-científicas e vai na contramão do que a Organização Mundial da Saúde recomenda. Mais além, o próprio relator, Ademar Carlos Augusto, representante do Conselho Federal de

---

<sup>7</sup> Recomenda-se o incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno no pós-parto, presença de acompanhante, fim de intervenções desnecessárias e excessivamente intervencionistas como a episiotomia, enema e retirada de pelos pubianos, entre outros, como relata Tornquist (2002).

Medicina (CFM), alegou à Folha de São Paulo (CANCIAN, 2019) que a utilização do termo tem “viés socialista”. A fala do relator evidencia que a decisão do Ministério da Saúde teve influência direta de questões políticas, elas própria vinculadas a associações que presumidamente devem seguir em consonância com os avanços científicos da área. Nesse sentido, fica claro que por trás da decisão do governo federal, aliada ao CFM, está a vinculação a um estilo de pensamento neoliberal na economia e conservador nos costumes que atinge os direitos reprodutivos das mulheres e implica na naturalização de violências de gênero relacionadas à assistência da gestação e parto. No atual contexto brasileiro, onde existe uma constante evocação da defesa contra o que se alega ser o comunismo, por parte tanto do presidente da república quanto dos entusiastas de seu governo, a fala do relator é extremamente preocupante no que tange às possibilidades de retrocesso nas políticas materno-infantis.

A reação de ativistas, profissionais de saúde e gestantes em relação ao despacho do Ministério da Saúde, veiculada especialmente através de páginas ligadas ao movimento de humanização do parto e nascimento, foi expressiva. O lançamento de notas de repúdio e compartilhamento de publicações levantando a questão de o próprio Ministério da Saúde privar as mulheres de nomear a violência obstétrica, que é cada vez mais denunciada nos serviços de saúde brasileiros, tanto públicos quanto privados, movimentou os dias posteriores a publicação do despacho. Dentre as notas veiculadas em relação ao despacho do ministério, destaca-se a da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) ao enfatizar o papel do Ministério da Saúde na assistência ao parto.

[...] o termo violência obstétrica é adequado e contribui para o debate sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento. Mais do que se preocupar com os termos utilizados, pois outras nomenclaturas como “abuso”, “desrespeito” e “maus-tratos” no parto também são propostas pela Organização Mundial da Saúde, cabe ao Ministério da Saúde controlar e coibir as práticas desumanizadas e inseguras no parto. É importante reconhecer a violência obstétrica como questão de saúde pública, com uma afirmação dos direitos humanos das mulheres. (ABRASCO, 2019).

Diante do ocorrido, o Ministério Público Federal (MPF), através da procuradora Ana Carolina Previtalli, notificou o Ministério da Saúde para que “se abstenha de realizar ações voltadas a abolir o uso da expressão violência obstétrica e que, em vez disso, tome medidas para coibir tais práticas agressivas e maus tratos” (MPF, 2019). O MPF deu quinze dias para pronunciamento do Ministério da Saúde em relação à recomendação, caso contrário outras medidas legais cabíveis seriam tomadas.

No dia 07 de junho de 2019, o Ministério da Saúde respondeu a recomendação do MPF através de ofício (BRASIL, 2019b) reconhecendo o direito das mulheres de utilizarem o termo ‘violência obstétrica’ para se referir às experiências passadas por elas. Ponto importante é que

o órgão, no mesmo ofício, reiterou que no Brasil existem diversos programas de humanização da atenção em saúde, incluindo a materno-infantil. Contudo, a despeito dos programas implantados anteriormente, o atual governo parece caminhar para a retirada de direitos no que diz respeito às políticas de assistência materno-infantis, incluindo o pré-natal e o parto. O órgão continua a não incluir o termo em suas ações, justificando que a expressão utilizada por eles é baseada na orientação da OMS (“Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”). Em entrevista ao jornal Estadão (CAMBRICOLI, 2019), a Professora Débora Diniz, da Universidade de Brasília, afirmou que a norma do CFM é inconstitucional, configurando abuso de poder ao impor barreiras às decisões reprodutivas das mulheres. Na prática, a resolução do CFM facilita a prática da violência obstétrica, amparando os profissionais legalmente sob a justificativa da recusa terapêutica. Essa medida em um país que, mesmo sem regulação específica, os dados já apontam que 1 a cada 4 mulheres sofreu violência obstétrica<sup>8</sup>, é alarmante. É importante perceber que a violência obstétrica não se restringe ao parto e nascimento, podendo ser encontrada também na assistência pré-natal, puerperal e ao abortamento.

Meses após o despacho do Ministério da Saúde, amparado pelo CFM, o próprio Conselho Federal de Medicina tornou a colocar a assistência materno-infantil em questão. Em setembro de 2019 o CFM divulgou a Resolução 2.232/2019 que compromete a autonomia da parturiente ao permitir que o médico realizasse intervenções a despeito do desejo do paciente, colocando o feto acima da mulher no binômio gerado a partir da gestação.

Fazendo um levantamento da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde, Leal *et al* (2018) evidenciam que as políticas de distribuição de renda e políticas sociais foram grandes determinantes para a melhoria do acesso à saúde no Brasil. O estudo, publicado em 2018, já lançava questionamentos a respeito da mudança de investimentos nas políticas públicas afirmando que “os recentes retrocessos políticos nas conquistas sociais colocam em risco não apenas a existência do SUS, mas também a preservação de programas e políticas que enfrentaram, com sucesso, os principais determinantes sociais da saúde” (LEAL *et. al*, 2018, p. 1925). Em 2017, diante da aprovação da Emenda Constitucional 95, oficializou-se o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, ainda no governo de Michel Temer. Com o início do governo de Jair Bolsonaro em 2018 a área

---

<sup>8</sup> O dado se refere a pesquisa de opinião popular realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC. Ver em <<https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2020.

da saúde sofreu congelamento de R\$ 599 milhões em seu orçamento para o ano de 2019. Os cortes de financiamento no SUS geram preocupação tanto de movimentos populares e usuários quanto de economistas e analistas políticos. É neste sentido que o economista Francisco Funcia alerta que com a sequência de cortes o SUS, se nada for feito “o SUS vai morrer por asfixia financeira” (MOTA, 2019). Observa-se então que os efeitos da adoção de uma estratégia neoliberal para gestão do sistema saúde sobrepõem o interesse da população em relação aos interesses econômicos do Estado.

Viana e Silva (2018), afirmam que ao redor do mundo a adoção de um sistema político de inspiração neoliberal acarreta o desmonte de políticas direcionadas ao atendimento de necessidades coletivas. “A preferência por mercados (sobre os governos), incentivos econômicos (sobre normas sociais ou culturais) e empreendedorismo individual (sobre a ação coletiva ou comunitária) é uma característica marcante do neoliberalismo (...)” (VIANA & SILVA, 2018, p. 2107). No Brasil, o que vemos atualmente é o avanço de uma política de inspiração neoliberal e o arrocho financeiro nos programas destinados especialmente à saúde e educação. As consequências dessas ações estatais beneficiam as privatizações e terão influência direta na saúde e educação, especialmente entre os indivíduos de camadas médias e populares, mulheres, LGBTQ+, negros e indígenas. De acordo com Foucault (2008), o liberalismo opera sobre uma lógica de economia máxima. Os efeitos disso são visíveis na abordagem neoliberal adotada por governos ao redor do mundo, incluindo o governo brasileiro.

No final da década de 1990, na corrente da implantação da ESF e ampliação das ações do recém criado SUS, Golveia e Palma (1999) classificaram o sistema de saúde pública brasileiro como indo na ‘contramão do neoliberalismo e da exclusão social’. Vinte anos depois o que existe é um desmonte cada vez mais claro do SUS em prol de uma política de governo que se encaminha para o que Mbembe (2016) chama de necropolítica. Sob o pretexto de avanço econômico para o país, o governo brasileiro avança novamente na contramão, mas agora na contramão do caminho para um Estado de bem estar social. Os golpes econômicos nos investimentos em saúde são justificados como os meios em prol da reestruturação econômica do país. A repercussão disso na vida dos indivíduos fica em segundo plano, corroborando com a forma que Mbembe classifica o poder na necropolítica, onde as expressões máximas do poder “subjugam a vida ao poder da morte” (2016, p. 146)

A adoção de um pensamento neoliberal rompe com as diretrizes da criação do Sistema Único de Saúde e suas consequências atuam diretamente sobre a vida e a morte da população. Ou seja, se as bases criadoras do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade,

conforme a Constituição Federal de 1988, a política neoliberal rompe com esses fundamentos em prol de um pretenso fortalecimento econômico às custas da precarização da assistência à saúde.

O corte de investimentos na área da saúde afeta diretamente o setor da Atenção Primária, consagrada porta de entrada do usuário ao SUS. Em novembro de 2019 o governo lançou, através da Portaria nº 2.979 o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019c). De acordo o texto o programa estabelece um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária. O programa tem chamado a atenção por estabelecer novas regras de financiamento, tornando o repasse de verbas vinculado ao número de pacientes cadastrados nas unidades de saúde e cumprimento de metas em programas de pré-natal e controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, que são grupos considerados prioritários. Esse novo modelo de financiamento exclui da verba repassada pelo governo federal aos estados e municípios os sujeitos não cadastrados nas unidades básicas de saúde da atenção primária e rompe com a perspectiva de universalidade do SUS.

## CONCLUSÕES

Com a assistência em saúde comprometida, o que pode se esperar dos próximos anos é um cada vez maior abandono das práticas de bem estar social, da manutenção e ampliação de políticas públicas e a desvalorização dos sujeitos. Se no início dos anos 2000 estávamos discutindo a humanização nos serviços de saúde, as proteções à parturiente, agora vê-se até o direito de nomear violências sendo retirado. Enquanto a maioria dos países desenvolvidos fortalecem políticas de assistência materno-infantil, o Brasil traz com o desmonte do SUS um cenário tenebroso. A discussão sobre as políticas públicas de acesso à saúde no Brasil, incluindo as direcionadas ao público materno-infantil, localiza-se assim na intersecção entre ciência política e os pressupostos médico-científicos. Sendo estes indissociáveis, demonstram como a ciência e sua aplicação no social fogem da mitologia da imparcialidade e esterilidade da produção científica.

Abordando o caminho do progresso do saber da produção científica, amparada nas obras de Fleck, Andrade (2017) aponta que:

O progresso do saber, no sentido de transformação, sem priorizar um saber a outro, é o desenvolvimento do coletivo de estilo de pensamento quando os pressupostos levados ao objeto vão sendo deslocados. Ele pode se dar de três formas: (a) complementação, pois estilos de pensamento diferentes podem coexistir, (b) ampliação, onde cada descoberta surte um efeito até uma recriação do mundo inteiro de um coletivo de pensamento ou (c) transformação do estilo de pensamento, rompendo com uma harmonia, para que uma descoberta inédita seja possível. (p. 190)

Nesse aspecto, caberia então a luta pelo abandono do estilo de pensamento neoliberal, pela via da transformação política para que a produção e o uso da ciência fosse modificado, afetando assim não só a assistência materno-infantil, como as outras instancias do setor de saúde e demais áreas de atuação do Estado brasileiro.

Ao longo do texto demonstrou-se como a construção das políticas de atenção materno-infantil no país estiveram ligadas a estilos de pensamentos de governos, fossem de base ditatorial ou democrática, amparados por ideais de nacionalismo ou mesmo de propostas econômicas de bem estar social a partir de diálogos com movimentos populares. Contudo as mudanças na forma de acesso da população em geral à assistência médica, assim como a criação do SUS, da Estratégia da Saúde da Família e do PHPN são agora ofuscadas por um governo que parte de uma proposta de econômica neoliberal em compromisso com a necropolítica.

Diante do estopim da pandemia de Covid-19 e suas repercussões políticas e sanitárias no Brasil, o debate sobre influência do estilo de pensamento adotado pelo governo ganha forças nos debates acadêmicos e públicos. Ao fim de junho de 2020, com um montante de mais de 50 mil mortes confirmadas no país em decorrência do novo coronavírus<sup>9</sup>, tem ficado cada vez mais claros os efeitos do arrocho econômico na área da saúde. Relatos dão conta do colapso da saúde em estados e municípios que já vinham em processos de desassistência por parte do governo federal, levando a interrupção do atendimento de rotina de doentes crônicos<sup>10</sup>, assim como de atendimentos pré-natal, que ficam à mercê de decisões municipais.

Analises posteriores devem avaliar os efeitos da pandemia no cenário da Atenção Primária à Saúde e a responsabilização do governo federal diante do descontrole desta no território nacional. Afinal, os efeitos da municipalização das decisões relativas à pandemia e os efeitos nos três setores de atenção à saúde, incluindo desde o pré-natal até a assistência ao parto no que diz respeito a atenção materno-infantil, já são sentidos. Rondelli et. al (2020) destacam, por exemplo, que a viabilização do atendimento às gestantes durante a pandemia depende diretamente do treinamento de equipes e organização dos serviços. Em um contexto de precarização do SUS orquestrado pelo próprio governo federal e da negação dos efeitos da covid-19 no país e no mundo, a estruturação dos serviços é minada na própria base acarretando efeitos cascata por toda a rede de saúde.

---

<sup>9</sup> Ver “Brasil passa 55 mil mortos por covid, diz consórcio; 1 em cada 4 foi em SP”, disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/25/coronavirus-covid-casos-mortes-atualizacao-25-junho.htm>>. Acesso em 26 de julho de 2020.

<sup>10</sup> Ver “ Covid reduz atendimento a doentes crônicos, um problema para o pós-pandemia”, disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/07/covid-19-reduz-atendimento-a-doentes-graves-que-ficam-para-o-pos-pandemia.htm>>, Acesso em 7 de junho de 2020.

Sem dúvidas diversos outros caminhos são possíveis para explorar a íntima relação entre a política e a ciência médica na intervenção da assistência à saúde materno-infantil e nas políticas de saúde em geral, sendo estas codependentes. O que foi desenvolvido aqui foram pinceladas sobre um tema complexo e necessário a partir da contribuição de diversos autores a fim de dialogar como os estilos de pensamento adotados por governos influenciam na produção médico científica e na assistência à saúde materno-infantil no Brasil. A contribuição dos autores mencionados, assim como a ampliação da bibliografia pelos leitores, é essencial pois estes fazem o papel da memória em uma sociedade cada vez mais disposta ao retrocesso social, ao desrespeito aos direitos humanos e a diminuição da valorização da vida e da diferença, sempre pendendo a balança contra aqueles enquadrados na periferia dos privilégios sociais.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fabiana Chagas de. Compreendendo a gênese e desenvolvimento de um fato científico segundo Fleck. **Saberes**, v. 1, n. 17, p. 185-197, 2017.

BONILHA, LR; RIVORÊDO, CR. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 1º de junho, 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 3 de dezembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, v. 220, p. 97, 13 de nov. 2019c.

\_\_\_\_\_. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho**. Brasília, 03 de maio, 2019a. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706d0b729845a56481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff16567d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a56481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff16567d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0). Data de Acesso: 24 de junho de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida Coordenação de Saúde das

Mulheres. **Recomendação n° 29/2019. IC 1.34.001.007752/2013-81.** Brasília, 07 de junho, 2019b. Disponível e: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms> Acesso em 07 de maio de 2019.

BUTLER, Judith. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: \_\_\_\_\_. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMBRICOLI, Fabiana. Justiça derruba regra que permitia intervenção médica sem aval de grávida. **Estadão.** 19 dez 2019. Saúde. Disponível em <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,justica-derruba-regra-que-permitia-intervencao-medica-sem-aval-de-gravida,70003130800> Acesso em 19 abr. 2020.

CANCIAN, Natália. Ministério da Saúde veta uso do termo 'violência obstétrica'. **Folha de São Paulo.** 7 mai. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml?loggedpaywall> Data de acesso: 3 de dezembro de 2019.

CHIORO, A. & SCAFF A. **A implantação do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

COLLUCCI, Claudia. Ministério vai mudar financiamento da atenção primária à saúde no país. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 19 jul, 2019. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/ministerio-vai-mudar-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-no-pais.shtml>. Data de Acesso: 3 de dezembro de 2019.

CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa & BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v.18, n.1, p. 87-94, 2014.

FLECK, Ludwik. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, M. M. de L. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos avançados,** v.3, n.35, p. 139-146, 1999.

LEAL, M.C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva,** v.23, n.6, p. 1915-1928, 2018.

MARINHO, J. Z. S. Ser Mulher é Ser mãe: a maternidade como uma atribuição científica. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 26, 2011, São Paulo, **Anais...** São Paulo, 2011.

MATHIAS, Maíra. Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **EPSJV/Fiocruz.** 3 abr. 2018. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus> Acesso em 19 abr. 2018.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios.,** n. 32, dez. 2016, p. 122-151.

MOTA, Beatriz. Corte orçamentário anunciado pelo governo pode provocar paralisia e morte de políticas sociais de saúde e de educação. **EPSJV/Fiocruz.** 4 abr. 2019. Disponível em:



<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/corte-orcamentario-anunciado-pelo-governo-pode-provocar-paralisia-e-morte-de>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo. **Ministério Público Federal**. Sala de Imprensa. 7 mai. 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contr-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo> Acesso em: 7 de maio de 2019.

NOTA Abrasco: sobre posição do MS ao uso do termo Violência Obstétrica. **Abrasco**. 29 maio. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-abrasco-sobre-posicao-do-ministerio-da-saude-ao-uso-do-termo-violencia-obstetrica/40931/>. Data de acesso: 29 de maio de 2019.

OSIS, Maria Jose Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 (Supl.), p. 25-32, 1998.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v 21, n 1, jan-mar. 2014, p. 15-35.

PAIXÃO, Mayara. Donas de casa protagonizaram a luta que levou à criação do SUS. 19 set 2019. **Brasil de Fato**. História. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2019/09/19/donas-de-casa-protagonizaram-a-luta-que-levou-a-criacao-do-sus> Acesso em 19 de abril 2020.

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

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v.8, n.17, p. 101-125, 2002.

RONDELLI, Giulliana P H *et al.* Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção Covid-19: uma revisão sistemática. **Revista Desafios**, v. 7, n. Supl. Covid-19, p. 48-74, 2020.

ROSE, Nikolas. Biopolítica no século XXI. In: \_\_\_\_\_. **A política da própria vida**. São Paulo: Paulus, 2013. p. 23-67.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**. Porto Alegre. 20(2), jul./dez., 1995.

SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v.8, n.1, p.11-16, 2014.

TORNQUIST, Carmem Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, p. 483-497, 2002.

VIANA, A. L. d'A. & SILVA, H.P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2107-2117, 2018.