

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE DIREITO

LAIZ CECHINEL GONÇALVES

**DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS
BRASILEIRAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS CAUSAS EVITÁVEIS DE
MORTALIDADE MATERNA: ESTUDO DO CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL
TEIXEIRA, DO COMITÊ CEDAW DA ONU**

CRICIÚMA

2015

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE DIREITO

LAIZ CECHINEL GONÇALVES

**DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS
BRASILEIRAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS CAUSAS EVITÁVEIS DE
MORTALIDADE MATERNA: ESTUDO DO CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL
TEIXEIRA, DO COMITÊ CEDAW DA ONU**

Monografia de Conclusão de Curso, apresentada para obtenção do grau de bacharel, no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a. Msc. Mônica Ovinski de Camargo Cortina.

CRICIÚMA

2015

LAIZ CECHINEL GONÇALVES

**DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS
BRASILEIRAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS CAUSAS EVITÁVEIS DE
MORTALIDADE MATERNA: ESTUDO DO CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL
TEIXEIRA, DO COMITÊ CEDAW DA ONU**

Monografia de Conclusão de Curso aprovada pela
Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Bacharel, no Curso de Direito da Universidade do
Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 03 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Mônica Ovinski de Camargo Cortina - Mestre - (Universidade do Extremo Sul
Catarinense - UNESC) - Orientadora

Prof.^a. Giovana Ilka Jacinto Salvaro - Doutora - (Universidade do Extremo Sul Catarinense -
UNESC)

Prof.^a. Rosângela Del Moro - Especialista - (Universidade do Extremo Sul Catarinense -
UNESC)

Dedico esta monografia às mulheres, todas nós, sobretudo à minha mãe, que sem quase nenhuma instrução formal, me permitiu com sua experiência conhecer muito sobre o que eu escrevi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me perdoar por tantas vezes, ao longo desta caminhada, ter perdido a fé, e, ao mesmo tempo, por me permitir retomá-la. À minha orientadora, que em momentos de tanta preocupação consigo, não deixou me faltar a atenção que eu precisava para lidar com as minhas próprias preocupações e problemas.

Gratidão também tenho aos meus pais e à toda minha família, sem o apoio dos quais a jornada se mostraria muito árdua, bem como aos meus bons amigos, principalmente ao Muryel, que pode facilmente figurar junto aos meus familiares.

Obrigada, Alison, pelo seu apoio incondicional neste momento, bem como por estar ao meu lado, quase que literalmente, durante os últimos oito anos e meio.

A mais sincera gratidão é o que tenho por todos vocês.

“E não sou eu uma mulher? Olhem para mim, olhem para os meus braços. Eu lavei, plantei, e amontoei tudo no celeiro, e nenhum homem podia me ajudar! E não sou eu mulher?”

Sojourner Truth

RESUMO

O presente trabalho monográfico é consubstanciado em um estudo do caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) vs. Brasil, do Comitê CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher) da ONU, em que o Estado brasileiro foi, no ano de 2011, considerado responsável por uma morte materna plenamente evitável. O objetivo da monografia é o de analisar se as políticas públicas brasileiras atuais para o enfrentamento das causas evitáveis de mortalidade materna e asseguramento do direito à maternidade segura cumprem com as recomendações do Comitê CEDAW da ONU. O método de pesquisa utilizado é o dedutivo, com emprego de pesquisa teórica e qualitativa, a partir de material bibliográfico e documental legal. Os resultados obtidos apontam para a consideração de que o Estado brasileiro ainda não alcançou as metas recomendadas pelo Comitê CEDAW na decisão do caso Alyne para o enfrentamento da mortalidade materna evitável e que ainda há um longo percurso para a implementação de políticas públicas de saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Direitos humanos das mulheres. Direitos reprodutivos. Mortalidade materna. Políticas públicas.

ABSTRACT

This monograph is based on a case study of Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil, from UN CEDAW (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women), in which the Brazilian State was, in 2011, considered responsible for a fully preventable maternal death. The main objective of this monograph is to analyze if the current Brazilian's Public Policies for dealing with preventable causes of maternal mortality and securing the right to safe motherhood comply with the recommendations of the UN CEDAW Committee. This monograph was developed by using the deductive method, with theoretical and qualitative researches, with bibliographic material and legal documentation. The results lead to the consideration that the Brazilian State still does not reach the recommended targets from CEDAW Committee in the judgment on the Alyne case for dealing with preventable maternal death, as also there still is a long way to the full implementation of the Public Policies of reproductive health.

Keywords: *Human Rights of Women. Reproductive Rights. Maternal mortality. Public Policies.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NO CONTEXTO INTERNACIONAL: SUA ATUALIDADE E IMPORTÂNCIA	12
2.1 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: BREVE ESCORÇO HISTÓRICO A PARTIR DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS DE 1948	12
2.2 CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER (CEDAW) DA ONU E COMITÊ CEDAW	15
2.3 A INTERAÇÃO DAS CATEGORIAS DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE, E A INTERSECCIONALIDADE COMO FATOR AGRAVANTE DE VULNERABILIDADE E DISCRIMINAÇÃO	18
2.4 DIREITOS REPRODUTIVOS	20
2.5 DIREITO À MATERNIDADE SEGURA	22
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE GARANTIA A MATERNIDADE SEGURA	25
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: COMPREENSÃO NO CONTEXTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS BRASILEIROS	25
3.2 DIREITO À MATERNIDADE SEGURA E AS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA EVITÁVEL	27
3.3 INDICADORES NACIONAIS SOBRE MORTALIDADE MATERNA E A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA ENQUANTO OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DA ONU	30
3.4 QUESTÕES SOCIAIS E RACIAIS ENQUANTO FATORES DE RISCO PARA A INCIDÊNCIA DA MORTALIDADE MATERNA E O VIÉS INTERSECCIONAL	31
4 CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL TEIXEIRA (FALECIDA) VS. BRASIL	37
4.1 O CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL TEIXEIRA E SEU ÓBITO ENQUANTO MORTE MATERNA EVITÁVEL.....	37
4.2 OS ASPECTOS DA REPRESENTAÇÃO E DAS RECOMENDAÇÕES FEITAS AO BRASIL PERANTE O COMITÊ CEDAW DA ONU.....	40
4.3 ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES FEITAS AO BRASIL PERANTE O COMITÊ CEDAW DA ONU	45
4.4 OS POSSÍVEIS PROGRESSOS PARA A GARANTIA DO DIREITO À MATERNIDADE SEGURA APÓS O CASO ALYNE	48

5 CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS	54
ANEXO.....	61
ANEXO A – RESPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (E-MAIL).....	62

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico é consubstanciado em um estudo do caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) vs. Brasil, do Comitê CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher) da ONU, em que o Estado brasileiro foi, no ano de 2011, considerado responsável por uma morte materna plenamente evitável.

Tal caso mostra-se paradigmático, sobretudo por ter sido a primeira vez em que um Estado foi responsabilizado por uma morte materna evitável no âmbito internacional. De sua responsabilização decorreram recomendações, que o Brasil deveria cumprir a fim de reparar as violações de direito sofridas pela vítima e para melhorar a situação brasileira em termos de enfrentamento à mortalidade materna evitável.

Diante desse contexto, o objetivo dessa monografia é o de pesquisar se as políticas públicas brasileiras atuais para o enfrentamento das causas evitáveis de mortalidade materna e asseguramento do direito à maternidade segura cumprem com as recomendações do Comitê CEDAW da ONU. Nesse sentido, importa pesquisar sobre o cumprimento da decisão do Comitê CEDAW da ONU em relação à condenação do Estado brasileiro pela morte materna evitável de Alyne da Silva Pimentel Teixeira. A ênfase de tal pesquisa está em detectar se foram tomadas medidas que atendem as recomendações gerais elaboradas pelo Comitê, além daquelas específicas, referentes a reparações simbólicas e indenização financeira à família de Alyne.

Para cumprir com este objetivo, a pesquisa divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo, inicialmente, é realizado um estudo da trajetória dos direitos humanos das mulheres na esfera internacional, até chegar à Convenção CEDAW, que embasou a comunicação das violações de direitos. Em seguida, será estudado o protocolo facultativo à Convenção, que permitiu que a petição fosse apreciada, bem como o Comitê CEDAW, que proferiu a decisão em que o Estado brasileiro foi responsabilizado. Ainda no primeiro capítulo serão estudados conceitos importantes, afetos a pesquisa, como é o de discriminações múltiplas, ou discriminação interseccional. Sua importância é devida ao fato de que o Comitê indicou existirem traços de discriminação racial, de gênero e de classe nas omissões no tratamento ao qual Alyne foi submetida. Também serão esclarecidos os conceitos de direitos reprodutivos e de direito à maternidade segura, porquanto essenciais à compreensão do objetivo deste trabalho monográfico.

No segundo capítulo examinar-se-á a situação atual do Estado brasileiro em termos de políticas públicas atualmente existentes para o enfrentamento da mortalidade materna, bem como o cenário corrente do Brasil com relação a mortalidade materna, e o que poderia estar sendo feito para a promoção do direito à maternidade segura, correlacionando-se ao caso estudado.

No terceiro capítulo será realizado o estudo do caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) vs. Brasil, do Comitê CEDAW da ONU. Nesse sentido, serão descritos todos os fatos que desencadearam a morte materna considerada evitável pelo Comitê CEDAW, os aspectos e a motivação da responsabilização do Estado-parte Brasil, bem como as recomendações feitas ao Estado, a fim de averiguar os possíveis avanços, além do mero simbolismo, porventura incidentes após o conhecimento das recomendações feitas pelo Comitê CEDAW da ONU.

A relevância do estudo do tema reside em descobrir se há a responsabilização do Estado-parte brasileiro por uma morte materna evitável na esfera internacional contribui ou poderia estar contribuindo para a mudança do quadro social da incidência da mortalidade materna evitável no Brasil.

O método básico de pesquisa a ser utilizado será o dedutivo, com emprego de pesquisa teórica e qualitativa, a partir de material bibliográfico e documental. A técnica de pesquisa qualitativa empregada será o estudo de caso, elegendo-se o caso Alyne por seu conteúdo inovador representar um marco na conquista pelos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil e quiçá no mundo.

2 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NO CONTEXTO INTERNACIONAL: SUA ATUALIDADE E IMPORTÂNCIA

Não obstante a Carta das Nações Unidas há mais de meio século ter preconizado a igualdade de direitos entre homens e mulheres, a afirmação dos direitos humanos das mulheres, no âmbito do direito internacional, permanece um tema bastante atual.

Sua evolução ao longo dos anos se deu de forma lenta e gradual, com marcos pontuais, de forma a reconhecer a identidade social das mulheres e sua condição histórica claramente peculiar. Desde então, apesar do caráter universal e indivisível inerente aos direitos humanos, estes têm sido ramificados e aperfeiçoados de forma a preencher a lacuna historicamente construída entre homens e mulheres, no sentido de promover a igualdade entre ambos e a fazer alcançar às mulheres a dignidade humana.

Diante desse cenário, nesse capítulo cumpre estudar a trajetória dos direitos humanos das mulheres, seus principais diplomas, seu histórico, e, ainda, demais conceitos que se fazem necessários para a compreensão do caso estudado.

2.1 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: BREVE ESCORÇO HISTÓRICO A PARTIR DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS DE 1948

Ao se adotar como marco histórico dos direitos humanos das mulheres a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, de forma alguma se está a desprezar a trajetória anterior ao diploma. Busca-se, aqui, tratar de uma síntese do processo de afirmação dos direitos humanos das mulheres no plano internacional, e, para tanto, parte-se de tal ponto, aquele em que houve a expressa menção às mulheres enquanto titulares de direitos universais e indivisíveis.

A Carta Internacional dos Direitos Humanos, cuja nomenclatura foi consagrada, segundo Ramos (2014, p. 212), em referência ao *Bill of Rights*, é o principal instrumento do sistema universal de proteção aos direitos humanos (também chamado de Sistema ONU).

Segundo Piovesan (2014, p. 204), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada em dezembro de 1948, obteve a aprovação de 48 Estados e oito abstenções ao voto, ausente de reservas pelos Estados votantes, ou votos contrários. Além disso, o fato de inexistirem questionamentos ou reservas por parte dos Estados aos princípios consagrados na Carta e a ausência de votos contrários às suas disposições, conferem à Declaração um caráter

de consolidação a afirmação de uma “ética universal”, consagrando um consenso sobre valores comuns a todos os Estados.

Com sua elaboração multicultural, com representantes de diferentes nacionalidades e com valores diversos, o documento mantém intacto a sua relevância e atualidade ao afirmar, à época de maneira ainda muito mais idealizada, a fé na igualdade entre os seres humanos. A Carta preceituou, dentre outras coisas, a igualdade em dignidade e direitos.

Inicialmente, a igualdade que norteava o sistema ONU de proteção dos direitos humanos, consubstanciado na Declaração de 1948, era a igualdade formal. A primeira fase de proteção aos direitos humanos é permeada pela igualdade formal, com sua generalidade e abstração, decorrentes do “temor à diferença” existente no contexto de sua afirmação. Constatou-se, porém, a insuficiência do sistema, com a necessidade de se direcionar a proteção ao sujeito em suas características individuais. Evidente, pois, as peculiaridades das quais decorrem as diferentes necessidades humanas (PIOVESAN, 2012, p. 73).

Embora houvesse menção explícita à igualdade entre homens e mulheres e, ainda, por exemplo, a pioneira menção ao direito ao cuidado e assistência especiais à maternidade, por muito tempo não foram efetivamente tratadas as violações de direitos sofridas pelas mulheres. Sobre essa transição conceitual de uma igualdade meramente formal para a igualdade material ou efetiva, prossegue Piovesan (2012, p. 74–75), que ensina:

Se, para a concepção formal de igualdade, esta é tomada como pressuposto, como um dado e um ponto de partida abstrato, para a concepção material de igualdade, esta é tomada como um resultado ao qual se pretende chegar, tendo como ponto de partida a visibilidade às diferenças. Isto é, essencial mostra-se distinguir a diferença e a desigualdade. A ótica material objetiva construir e afirmar a igualdade com respeito à diversidade. O reconhecimento de identidades e o direito à diferença é que conduzirão a uma plataforma emancipatória e igualitária. A emergência conceitual do direito à diferença e do reconhecimento de identidades capaz de refletir a crescente voz do movimento feminista, sobretudo de sua vertente crítica e multiculturalista. Isto é, em sua fase inicial, o sistema internacional de proteção dos direitos humanos guiou-se pelo lema da igualdade formal, geral e abstrata -- lema do movimento feminista liberal. O binômio da igualdade perante a lei e da proibição da discriminação, sob a ótica formal, vê-se consagrado em todos os instrumentos internacionais de direitos humanos. Sua proteção é requisito, condição e pressuposto para o pleno e livre exercício de direitos. No entanto, gradativamente, surgem instrumentos internacionais a delinear a concepção material da igualdade, concebendo a igualdade formal e a igualdade material como conceitos distintos, mas inter-relacionados. Transita-se da igualdade abstrata e geral para um conceito plural de dignidades concretas.

O surgimento de outros instrumentos direcionou a vaga noção de “direitos humanos às mulheres” no plano internacional, para uma noção de direitos humanos das

mulheres. É o que acontece em 1979, com a construção da CEDAW (sigla em inglês para a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher), um tratado multilateral de direitos humanos, que atualmente é ratificado por 189 países¹, incluindo o Brasil, que a ratificou com reservas já no ano de 1981 e, após, retirou as reservas no ano de 1994 (UNICEF, 2015a).

Ramos (2014, p. 255-256), explica que a adoção da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher fez-se necessária devido à “manutenção persistente das discriminações contra a mulher”, ressaltando a “importância de se modificar o papel tradicional do homem e da mulher na sociedade e na família para que se possa alcançar a igualdade plena entre homem e mulher”.

Já em seu preâmbulo é manifestada a preocupação com as mais diversas discriminações sofridas pelas mulheres, que dificultavam (e dificultam) a igualdade de convivência nos âmbitos político, social, econômico e cultural, explicitando o quadro de miséria e submissão das mulheres, sobretudo nos países atualmente denominados como abertos ao desenvolvimento (UNICEF, 2015a).

Anos após, em 1993, a Declaração e Programa de Ação de Viena, adotados durante II Conferência Mundial de Direitos Humanos na forma de um documento único, preocupa-se em mencionar explicitamente a existência dos direitos humanos das mulheres e meninas (ONU, 1993). Segundo Barsted (2001, p. 3), o artigo 18 da Declaração e Programa de Ação dispõe que os direitos humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino são “parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais”, e trazem a erradicação da violência e promoção da igualdade como uma prioridade da comunidade internacional. De acordo com a autora, foi em Viena que as Nações Unidas consolidaram o que fora iniciado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao reconhecerem na Declaração e Programa de Ação a prioridade da promoção da proteção dos direitos humanos das mulheres.

Ainda em 1993, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, aprovada pela ONU, bem como, no ano seguinte, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que ficou conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, instrumento do sistema regional americano (Organização dos Estados Americanos), dão mais um passo à frente ao adotarem definições semelhantes do que seria a violência contra as mulheres. Para os efeitos de ambos os documentos, a violência contra a

¹ Dado oficial referente aos *status* da CEDAW em outubro de 2015, de acordo com a United Nations Treaty Collection (ONU, 2015).

mulher deve ser compreendida como ato ou conduta baseada no gênero da qual decorra os elementos morte, dano ou sofrimento, seja ele físico, sexual ou psicológico à mulher, que ocorra nas esferas pública ou privada (BARSTED, 2001, p. 351).

Em que pese os esforços empreendidos no âmbito internacional para que os direitos humanos das mulheres sejam, de fato, efetivos, ainda há um longo caminho a ser percorrido. Adentrando-se à sétima década após a adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda são constatadas inúmeras violações de direitos e privações às quais as mulheres são submetidas, cotidianamente, em todo o planeta². Faz-se necessário, então, um estudo da aplicabilidade dos instrumentos internacionais para a efetivação dos direitos humanos das mulheres.

2.2 CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER (CEDAW) DA ONU E COMITÊ CEDAW

No ano de 1979, visando eliminar a manutenção de discriminações sofridas pelas mulheres, bem como promover a igualdade, foi adotada pela Assembleia Geral da ONU a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, também conhecida por sua sigla em inglês “CEDAW” (PIOVESAN, 2014, p. 268-269).

A Convenção CEDAW, em que pese o grande número de Estados signatários, é o instrumento de direitos humanos com o maior número de reservas feitas pelos Estados partes. Sobre esse caráter paradoxal da CEDAW, Ramos (2014, p. 268) observa que grande parte das reservas formuladas diz respeito à igualdade entre homens e mulheres na família, o que gerou críticas por parte dos representantes de alguns países, que entenderam a medida como uma afronta a sua cultura e religião.

A Convenção traz em seu preâmbulo o convencimento de que “a participação máxima da mulher, em igualdade de condições com o homem, em todos os campos, é indispensável para o desenvolvimento pleno e completo de um país, para o bem-estar do mundo e para a causa da paz” (UNICEF, 2015a). Segundo Pimentel (2006, p. 14) existe a duplicidade de frentes propostas, estando de um lado a promoção dos direitos das mulheres almejando a igualdade de gênero, e, de outro, a repressão da discriminação contra as mulheres incidente nos Estados parte.

² Diferenças salariais e subemprego (BRUSCHINI *et al.*, 2011, p. 176), assistência inadequada à maternidade (REIS; PEPE; CAETANO, 2011, p. 1.141) e violência doméstica (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 108) são exemplos correntes de violências a privações às quais continuam sendo submetidas as mulheres.

Composta pelo preâmbulo e trinta artigos que o sucedem, divididos em seis partes, a Convenção é organizada de maneira linear. Nos seis primeiros artigos, que juntos compõem a primeira parte, é conceituada a discriminação para os fins da Convenção, bem como são feitas as indicações aos Estados partes sobre as medidas a serem tomadas de forma a garantir os direitos humanos das mulheres (UNICEF, 2015a).

No artigo 5º da CEDAW, abrangido por essa primeira parte, é prevista a tomada de medidas pelos Estados partes para a modificação de padrões socioculturais de condutas que inferiorizem as mulheres com base em funções estereotipadas de gênero. Para tanto o instrumento prevê, inclusive, que não podem ser consideradas como discriminatórias as “medidas especiais de caráter temporário destinadas a acelerar a igualdade de fato entre o homem e a mulher”, bem como a adoção de medidas destinadas à proteção da maternidade (UNICEF, 2015a). Com tais medidas é possível evitar a perpetuidade de padrões machistas, rompendo-se a barreira cultural, que não mais pode ser justificativa para que se mantenha uma postura discriminatória para com as mulheres.

A segunda parte da Convenção inicia-se pelo artigo 7º e é direcionada à eliminação da discriminação contra as mulheres nos âmbitos da vida pública e política, seguindo-se à terceira parte, em que se trata, basicamente, dos direitos sociais. Já a quarta parte é composta por dois artigos, que versam, sucessivamente, sobre a igualdade entre mulheres e homens perante a lei, e no âmbito do matrimônio e da família. Em continuidade, a quinta parte da Convenção, a ser tratada nesta pesquisa de maneira mais profunda ao abordar o Comitê CEDAW, é justamente a parte que o cria, dispondo sobre seu funcionamento e modo de atuação, trazendo as matérias de sua responsabilidade (UNICEF, 2015a).

Por fim, é na sexta parte que são abarcados os aspectos funcionais da CEDAW, trazendo o não prejuízo da aplicação de norma nacional mais propícia à promoção da igualdade, o compromisso dos Estados partes em seu cumprimento, a abertura para assinatura a todos os Estados, sobre os pedidos de revisão e reservas ao teor de seu texto, dentre outras previsões sobre sua validade, autenticidade e entrada em vigor (UNICEF, 2015a).

A CEDAW propõe, enquanto meio para o alcance da igualdade plena, em suma, a realização de uma mudança nos papéis tradicionalmente atribuídos ao homem e à mulher, seja nos espaços públicos ou no espaço familiar.

Ressalta Pimentel (2006, p.14), no contexto da Convenção CEDAW, que a simples enunciação formal dos direitos das mulheres não faz com que seja efetivo o seu exercício, dependendo, para tanto, da ação na esfera dos três poderes. Segundo a autora essa ação se dá, na esfera do poder Legislativo, por meio da adequação das leis nacionais dentro

dos parâmetros estabelecidos no plano de igualdade do instrumento internacional; por parte do Executivo, com a implantação de políticas públicas para garantir os direitos das mulheres, e, por fim, por parte do Judiciário, ao fazer uso, em suas decisões, dos instrumentos internacionais enquanto fundamentação do decidir.

Como um mecanismo de fiscalização, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), em sua V parte, estabelece a criação de um Comitê próprio (PIOVESAN, 2014, p. 272).

No artigo 17, cláusula 1, da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (UNICEF, 2015a), assim é disposto:

Art. 17 – 1. Com o fim de examinar os progressos alcançados na aplicação da presente Convenção, será formado um Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (doravante denominado apenas Comitê), composto, no momento da entrada em vigor da Convenção, de dezoito e, após sua ratificação ou adesão pelo trigésimo quinto Estado Parte, de vinte e três peritos de grande prestígio moral e competência na área abrangida pela presente Convenção. Os peritos serão eleitos pelos Estados Partes dentre seus nacionais e exercerão suas funções a título pessoal, levando-se em conta uma repartição geográfica equitativa e a representação das diversas formas de civilização, assim como dos principais sistemas jurídicos.

A Convenção, por si, traz enquanto mecanismo de monitoramento unicamente a análise de relatórios encaminhados pelos Estados parte, por seu Comitê. No ano de 1999 ocorreu a adoção do Protocolo Facultativo à Convenção. Tal fato resultou na ampliação de competências do Comitê, que passou a receber, com relação aos seus signatários, petições individuais na hipótese de esgotamento dos recursos nacionais, bem como se tornou viável a instauração de inquéritos confidenciais com a possibilidade de investigação *in loco*. Cabe aos Estados partes apenas anuir ou não ao Protocolo, sem a faculdade de fazer reservas àquele, o que representa um avanço com relação à própria CEDAW (SOUZA, 2014).

O protocolo facultativo surge justamente enquanto um meio de se complementar o mecanismo de monitoramento do Comitê CEDAW, que era muito frágil comparado às possibilidades trazidas pelo protocolo facultativo aos estados que o assinam.

O conhecimento sobre o Comitê CEDAW, bem como de sua composição e de seu funcionamento, são essenciais para a compreensão do Caso Alyne, objeto desta pesquisa, tendo sido proferida por tal Comitê a condenação ao Estado brasileiro pela morte materna evitável de Alyne da Silva Pimentel Teixeira.

2.3 A INTERAÇÃO DAS CATEGORIAS DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE, E A INTERSECCIONALIDADE COMO FATOR AGRAVANTE DE VULNERABILIDADE E DISCRIMINAÇÃO

No presente tópico faz-se necessária a delimitação de alguns conceitos para os fins da pesquisa, dentre os quais, de enorme importância para o caso estudado, o de discriminação múltipla, ou discriminação interseccional.

O enfoque interseccional é importante porquanto estabelece as peculiaridades dos indivíduos numa perspectiva social, as diferentes opressões às quais são sujeitos, porque, por exemplo, são diferentes as discriminações sofridas por uma mulher branca e uma mulher negra, embora sejam ambas mulheres, ou mesmo entre uma mulher negra e um homem negro, ainda que ambos sejam negros. Para Crenshaw (2002, p. 177), a interseccionalidade trata da interação de ao menos dois “eixos da subordinação”, que ditam as posições relativas daqueles que são oprimidos pela discriminação múltipla. A autora menciona, enquanto fatores geradores de desigualdades estruturais, o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classes, afirmando, contudo, existirem outros.

Hirata (2014, p. 69), nesse sentido, afirmou que “a interseccionalidade é vista como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, e portanto como um instrumento de luta política”.

Podem ser tomados como “marcadores” de opressão, ou como chamados por Crenshaw (2002, p. 177) “eixos da subordinação”, para fins de análise interseccional, diversas características inerentes aos sujeitos, como raça e/ou etnia (racismo), gênero (machismo/sexismo/misoginia), orientação sexual (homo/lesbofobia), classe (preconceito de classe), nacionalidade (xenofobia), pessoas com deficiência ou “necessidades especiais” (capacitismo), idade/geração (etarismo), dentre os vários exemplos que podem ser suscitados. Entretanto, ressalta Henning (2011, p. 9), não se trata de uma “olimpíada de opressões”, já que a importância não reside na análise e comparação de uma infinidade de marcadores, senão na integração daqueles que, entrelaçados, possuem relevância no contexto específico em que está inserido o sujeito oprimido, algo que o autor chamou de “diferenças que fazem a diferença”. Nesses termos, os marcadores que se mostram mais relevantes para esta pesquisa, são os componentes da tríade “raça, gênero e classe socioeconômica”.

Sobre a tríade “classe, raça e gênero”, Scott (1995, p.73) diz que é sugerida pelo seu uso uma paridade que em verdade não existe. Se, para a autora, a categoria “classe” pode ser definida, muito embora não de forma unânime, com clareza e coerência, o mesmo não

ocorre com as categorias “raça” e “gênero”. Também Hirata (2014, p.62) afirma poderem ser dissimétricas as posições de poder provenientes de combinações de tais categorias, de forma que não se pode mensurá-las senão considerando a vivência experimentada pelos seus sujeitos.

Deve restar claro que, em que pese existir debate denso e complexo no que tange às questões de orientação sexual e identidade de gênero, bem como às questões de cor, raça e etnia, a pesquisa aqui realizada, dada ao seu recorte de caso, ficará restrita em seu aprofundamento teórico, aos termos “gênero” (mulheres) e “raça” (negros), consideradas assim as pessoas construídas socialmente como tal.

A categoria racial será tratada de forma a considerar a palavra “negro” como a pessoa sujeito de opressão de “racismos centrados na cor”, sendo “negro” o que Brah (2006, p.333-336) chamou de “cor política”, que ainda que possua significados políticos e culturais mutáveis e não permaneça idêntico frente a contextos diferentes, porque não pautado em termos essencialistas, busca uma “identidade política contra o racismo”. Essa escolha foi pautada, sobretudo, na realidade brasileira, em que o foco das discriminações no caso específico das pessoas negras reside, via de regra, muito mais na cor do que na etnia.

A categoria “gênero”, por sua vez, não obstante as divergências teóricas, será empregada para tratar de “relações sociais entre os sexos”, indicando o construto social, referindo-se “[...] às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres” (SCOTT, 1995, p. 75). Nesse sentido, faz-se remissivas à Beauvoir (1967, p. 09), que pioneiramente afirmou a existência de uma construção social do gênero ao escrever que “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. [...] Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro”. Butler (2000, p. 06), também ressalta que os gêneros são “inscritos” nos corpos dentro de um contexto cultural, sendo que apenas socialmente, e com traços das referidas culturas em que é feita tal inscrição, é que se pode compreender o gênero. Esse processo, segundo a autora, tem como produtos identidades de gênero e sexuais que foram moldadas por “redes de poder” de uma sociedade, daquela que as moldou.

Com relação à “classe”, sua contribuição para a integralização dos eixos de subordinação das discriminações múltiplas é bastante recorrente, senão unânime. Conceituar classe, sobretudo na acepção tradicional do termo, se mostra muito menos importante para os fins da pesquisa do que deixar claro que, no final das contas, se está a discutir sobre exploração e privilégios. Eder (2001, p. 08-09), nesse viés, discorre sobre duas intenções normativas diferentes para as quais a noção de classe tradicional foi utilizada, quais sejam a identificação de quem é explorado, e a identificação da figura do “explorador”, aquelas

peças que detêm posicionamento vantajoso, ou que “[...]possuem poder pessoal direto sobre outras”, representando o que o autor chamou de “[...] corporificação dos estruturalmente favorecidos”:

As classes são relacionadas umas às outras em termos de poder ou falta de poder: os sem poder são aqueles sem nenhum controle das condições materiais de sua existência; são simplesmente os pobres. Por outro lado, temos classes de pessoas com poder econômico, social ou mesmo cultural; a chamada “nova classe” é a corporificação dessa dominação política e cultural. (EDER, 2001, p. 8-9).

O conceito de classe, segundo proposto por Eder (2001, p. 8-9), seria sinónimo à exploração. Nesse sentido, um modelo de classe seria sempre correspondente a um modelo de poder. É justamente essa correlação que interessa a esta pesquisa.

Outro conceito que se mostra especialmente importante para o estudo que será empreendido nessa monografia, e que agrega-se na perspectiva interseccional, sobretudo afeto à questão de gênero, é o de “seres abjetos” trazido por Butler (2000, p. 110-125), consubstanciado em pessoas às quais é negada a humanidade, que não são vistas socialmente como tal, ou, nas palavras da autora “aqueles que ainda não são "sujeitos", mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito”.

A noção de corpos abjetos, designadora daqueles que habitam às margens da sociedade, traduz a condição das pessoas que, corriqueiramente, não são vistas de fato enquanto pessoas, que são forçadamente excluídos por não se encaixarem em certos moldes previamente construídos e impostos, porém, por outro lado, que não poderiam concomitantemente exercer sua identidade e pertencerem aos núcleos da sociedade, sendo a sua abjeção um caminho inevitável para o exercício do ser.

2.4 DIREITOS REPRODUTIVOS

Os direitos reprodutivos, abrangidos pelos direitos humanos, são uma classe de direitos que dizem respeito à proteção do exercício da sexualidade e da reprodução humana. Ventura (2009, p. 19) define os direitos reprodutivos como aqueles que reconhecem o direito subjetivo de cada indivíduo decidir livremente sobre ter ou não filhos, a quantidade de filhos e o intervalo entre o nascimento deles, bem como de acesso aos meios necessários para efetivar esse direito, sem sofrer qualquer tipo de discriminação ou violência pelo seu exercício.

Ventura (2008, p. 20) sobre a abrangência dos direitos reprodutivos, define:

O conceito de direitos reprodutivos e, mais recentemente, o de direitos sexuais busca a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade. O objetivo é reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvos indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo.

A mesma autora prossegue, relacionando alguns dos direitos reprodutivos como o direito ao livre exercício da sexualidade, direito à informação sobre a reprodução e sexualidade e direito ao controle sobre o próprio corpo, dentre outros (VENTURA, 2008, p. 20).

Os direitos reprodutivos, por uma perspectiva histórica, podem também ter sua abordagem feita a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que traz em seu teor, no artigo XVI, o direito à constituição de família (ONU, 1948). Por sua vez, a CEDAW, em seu artigo 12, menciona que os Estados partes devem promover a adoção de medidas para, nos termos da Convenção:

[...] “eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar”, bem como “assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância” (UNICEF, 2015a).

Ventura (2008, p. 222) aponta também, como de importância para a afirmação dos direitos reprodutivos, as Conferências das Nações Unidas de População e Desenvolvimento - Cairo, 1994 - e a Conferência Mundial da Mulher - Pequim, 1995 -, em que foram manifestadas preocupações sobre a questão da autonomia reprodutiva, cerceada pela legislação de vários países. Segundo Mattar e Diniz (2010, p. 1) a partir dessas Conferências é que surge o conceito de direitos reprodutivos embasados no direito dos casais e dos indivíduos de poder “decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva”.

Ventura (2011, p. 307), em projeto publicado pela CEPIA em parceria com a ONU, define a busca por igualdade, liberdade e justiça social no âmbito da saúde sexual e reprodutiva feminina como sendo “uma das mais árduas batalhas das mulheres brasileiras nas últimas décadas”. Segundo a autora, essa busca é “uma travessia que envolve duros embates contra preconceitos, discriminações e dogmas religiosos”, envolvendo, ainda, a superação de problemas estruturais e de desigualdades sociais.

2.5 DIREITO À MATERNIDADE SEGURA

O direito à maternidade segura, abrangido pela proteção social da maternidade trazida nos instrumentos internacionais e na Constituição Federal, é um direito reprodutivo de extrema importância.

Observa-se que tal direito exige a atuação positiva por parte do Estado para se concretizar, por meio de políticas públicas, de forma a assegurar a saúde da mulher. A efetivação deste direito pretende a modificação de um quadro muito preocupante de incidência de mortalidade materna, que no cenário nacional, consoante relatório da Organização Mundial da Saúde relativo ao ano de 2013 (OMS, 2014), é de 69 mães levadas a óbito a cada 100 mil nascidos vivos no Brasil, enquanto a meta da ONU aponta para 35 por 100 mil nascidos vivos até 2015, quase a metade do que o trazido pelos últimos dados.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) “A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento”. Tal fato coloca o Brasil, bem como a maior parte dos países da América Latina, em uma situação bastante delicada, de flagrante violação aos direitos reprodutivos das mulheres.

Ventura (2008, p. 220), afirma que a institucionalização de medidas para a redução da mortalidade materna no Brasil foi uma ação tardia, iniciando no ano de 1977, com o início da publicação, pelo sistema de saúde brasileiro, de dados relativos à morte materna, e seu posterior envio à Organização Mundial da Saúde, cujos resultados, como já mencionados, registravam índices alarmantes de mortalidade. Ainda, segundo a autora, tais dados demonstravam também a desigualdade existente entre as regiões de um mesmo país.

No ano de 1988, com o surgimento da Constituição da República Federativa do Brasil, foi introduzida a noção de saúde como um direito social. O fato de que a Constituição pátria traz a maternidade como um direito social faz com que o mesmo deva ser assegurado por meio de políticas públicas. Nesse sentido, Comparato (2010, p.77), diz que os direitos sociais “se realizam pela execução de políticas públicas, destinadas a garantir amparo e proteção social aos mais fracos e mais pobres; ou seja, aqueles que não dispõem de recursos próprios para viver dignamente”. Em outros termos, os direitos sociais funcionam de forma a estabelecer, senão igualdade, uma garantia mínima de proteção, por parte do Estado, da dignidade da pessoa humana.

Sobre o tema, Alves (2014, p. 11) ensina:

A primeira iniciativa governamental no sentido de oferecer serviços na área da reprodução se deu por meio do Ministério da Saúde que lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, contemplando a prevenção da gestação de alto risco. Mas o movimento feminista brasileiro, que iniciou um processo de reorganização a partir de 1975, questionou o enfoque limitado deste Programa e a concepção estreita de considerar a saúde da mulher apenas em seu papel materno. Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, a questão do planejamento familiar passou a ser defendida dentro do contexto da saúde integral da mulher.

Os dados estatísticos sobre a saúde da mulher, indicando a ocorrência de números muito altos de mortes maternas evitáveis, foram utilizados enquanto indicadores que refletiam a negligência estatal com relação à saúde das mulheres. Por meio desses dados foi possibilitado ao movimento feminista exigir que se positivasse o dever estatal de prestação de assistência à saúde da mulher como um todo. Os direitos reprodutivos, então, foram consubstanciados em um direito positivo, por depender, para sua garantia, de uma obrigação de agir dos Estados. Diferentemente do que acontece com os posteriormente surgidos “direitos sexuais”, que são direitos negativos, exigindo muito mais uma abstenção de interferir dos Estados do que de uma ação propriamente dita (MATTAR, 2004, p. 29).

Reis, Pepe e Caetano (2011, p. 1151) trazem que o acesso a serviços obstétricos de qualidade é algo fundamental para a redução dos índices de mortalidade materna e complicações relacionadas à condição de gravidez. Em decorrência dessa premissa, extrai-se uma correlação entre a morte e morbidade materna e a falta de oferecimento de assistência obstétrica adequada. Martins (2006, p. 2473) explicita que o estudo do fenômeno da incidência de morte materna possui “[...] desafios que superam análises individuais de cada caso e remetem a uma dimensão maior que é a população e suas questões de vida, saúde e doença, em uma sociedade onde não existe consenso sobre a igualdade de gênero e direitos reprodutivos”.

Há um caráter discriminatório bastante forte na falha do oferecimento de assistência à maternidade por parte do Estado, violando o princípio da igualdade, e mais especificamente o inciso I, do artigo 5º da CRFB/88 (BRASIL, 2015b) que dispõe que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”.

Nesse sentido, de demonstrar o caráter discriminatório contido na falha de oferecimento de assistência adequada à maternidade por parte dos governos, Rebecca J. Cook (2014, p. 3) traz que:

A abordagem de direitos humanos para a saúde materna ganhou força em 1999, com a adoção pelo Comitê de sua Recomendação Geral sobre as Mulheres e Saúde para elaborar o significado do artigo 12 da Convenção, que trata da saúde das mulheres.

Esta Recomendação Geral explica que, quando os governos falham em oferecer assistência em saúde que somente as mulheres necessitam, como assistência à maternidade, esta falha é uma forma de discriminação contra as mulheres, que os governos são obrigados a prevenir e remediar.

Mattar e Diniz (2010, p. 2), sobre a importância crucial do amparo social da maternidade abarcado pelos direitos humanos, dissertam:

A experiência da reprodução assim como a da sexualidade, enquanto construtos sociais, será sempre mediada por relações de poder, em experiências desafiadoras, a serem vividas com maior ou menor apoio social, podendo, nesse sentido, ser tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação. Daí, pois, tanto a opção pelo não exercício da maternidade, como aquela opção (voluntária) pelo seu exercício de forma segura, socialmente amparada e prazerosa estão vinculadas ao exercício ou não de direitos humanos, individualmente e na sua integralidade. É em vista dessa constatação que, ao menos no que diz respeito ao exercício da maternidade, o movimento feminista e/ou os movimentos de mulheres ainda têm dois grandes desafios: efetivar os direitos reprodutivos já garantidos em leis e ampliar sua agenda para que englobe a educação sexual, acesso à informação e contracepção, pré-natal, parto e pós-parto, licença-maternidade, creche e educação infantil.

Pode-se concluir que o direito à maternidade segura se refere ao amparo social da maternidade, dentro de um sistema em que ela ocorra de forma voluntária, com correto atendimento no pré-natal, parto e puerpério, minimizando os riscos não só de incidência de morte materna, mas também de forma a garantir a saúde física e psicológica materno-infantil. Para tanto é imprescindível a atuação do Estado, por meio da implementação de políticas públicas que visem a correta assistência à maternidade, sobretudo no âmbito da saúde.

A trajetória percorrida desde a Carta das Nações Unidas, no sentido de explicitar as mulheres enquanto sujeitos de direitos, não é um caminho findo. Não obstante os mais de cinquenta anos passados até então, temas como a incidência de morte materna evitável continuam atuais, reforçando a importância do debate e estudo das causas socialmente impregnadas que insistem em fazer persistir violações de direitos humanos como as sofridas por Alyne Pimentel, que serão examinadas no terceiro capítulo da presente monografia.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE GARANTIA A MATERNIDADE SEGURA

Os direitos sociais, direitos fundamentais de segunda geração, trazem historicamente consigo a exigibilidade de contraprestação estatal. O fato de que a Constituição Federal traz a maternidade como um direito social, faz com que o mesmo deva ser assegurado por meio de políticas públicas eficazes, que sejam objeto de constante monitoramento e melhoria.

Mas o enfoque do presente capítulo não reside no estudo do mero asseguramento do direito à maternidade, porquanto o conceito de “maternidade segura” é usado propositadamente, de forma a englobar o amparo social desta, aquele que deveria sê-la inerente. O enfoque do presente capítulo, então, está no estudo das políticas públicas que visem de fato a garantir o direito a maternidade segura.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: COMPREENSÃO NO CONTEXTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS BRASILEIROS

Adverte-se o leitor que, neste tópico, a intenção é tão somente a de norteá-lo para que haja uma instrumentalização dos temas abordados no contexto desta pesquisa, porquanto para chegar à finalidade trazida em seu título tem-se que definir, minimamente, o que seriam para os fins da pesquisa “direitos fundamentais”, “direitos fundamentais sociais”, e “políticas públicas”. Insta salientar, também, para dirimir quaisquer problemas com o termo “direitos fundamentais sociais” que poderiam porventura vir a surgir, que os direitos fundamentais sociais que interessam à pesquisa são os prestacionais, e não os de defesa.

Para fins de referencial teórico, dado a complexidade dos temas e os problemas terminológicos afetos, optou-se, para tal delimitação, o contido nas obras de Sarlet (2012), Mendes e Branco (2012) e Dimoulis e Martins (2007).

Já o enfoque exclusivo no cenário brasileiro e apenas a partir do advento da Constituição de 1988, ou seja, em espaço e tempo bem delimitados, justifica-se muito bem pela passagem de Mendes e Branco (2012, p.161), em que este ressaltam que conceituar os direitos fundamentais, por si só, é uma tarefa com certas dificuldades inerentes, já a fixação de características que sejam-lhes sempre válidas por toda parte, se possível, é de extrema complexidade.

Os direitos fundamentais, como denota-se até mesmo de sua nomenclatura, trazem acertadamente consigo sua necessidade, seu caráter essencial. A escolha de tal terminologia

dentre outras que também serviriam para os propósitos da pesquisa foi pautada em três motivos, bem expostos por Dimoulis e Martins (2007, p. 53-54), quais sejam, em síntese: a correspondência com o texto constitucional, ainda que tenham sido usadas, concomitantemente, outras palavras no mesmo sentido; a sua generalidade e abrangência ímpares (abarcando direitos individuais e coletivos, sociais e políticos, conforme mencionam os autores), e, por fim, a indicação semântica de sua essencialidade, de serem garantia mínima, não podendo o Estado ficar aquém destes.

Direitos fundamentais, em sucinta e objetiva conceituação feita por Dimoulis e Martins (2007, p. 53-54) são:

[...] direitos público-subjetivos de pessoas (físicas ou jurídicas), contidos em dispositivos constitucionais e, portanto, que encerram o caráter normativo supremo dentro do Estado, tendo como finalidade limitar o exercício do poder estatal em face da liberdade individual.

Por sua vez, os direitos fundamentais sociais, são aqueles que não obstante sua essencialidade, somente se perfectibilizam pela atuação positiva estatal. Nesse sentido Costa e Reis (2011, p. 24-25) trazem:

Os direitos fundamentais sociais denominam-se assim porque historicamente se partiu da ideia de intervenção do Estado na vida social. O protagonismo estatal implica a obrigatoriedade de o Poder Público pôr à disposição dos cidadãos os meios necessários para que estes alcancem suas finalidades, seja como forma de autorrealização, seja para garantir uma participação livre, igual e respeitada nos variados processos sociais.

Os direitos fundamentais sociais, aos quais Dimoulis e Martins (2007, p. 67) chamam também de direitos de *status positivus* ou direitos a prestações, são definidos como aqueles em que o indivíduo exige a atuação do Estado para que este garanta elementos que se fizerem necessários para que os seus sujeitos consigam exercer suas liberdades. Os autores prosseguem afirmando que, justamente, a nomenclatura “direitos sociais” decorre de que sua finalidade é a melhoria de qualidade de vida da população, por meio de políticas públicas. Importante apontamento é feito por Sarlet (2012, p. 283), de que existem outros direitos fundamentais prestacionais que não os direitos sociais, sendo que o primeiro contexto se mostra mais abrangente em comparação ao segundo.

A Constituição de 1988 (BRASIL, 2015b) traz elencados em si vários direitos sociais, quais sejam: “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a

segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Parte-se do pressuposto que tanto para os direitos sociais prestacionais serem efetivados, quanto para os de defesa, fazem-se necessários gastos públicos, bem como de que há uma relação direta entre a prestação realizada e a necessidade peculiar de cada indivíduo. Decorrente de tais constatações tem-se que inexistem recursos financeiros que bastem para que toda e qualquer necessidade social seja satisfeita, sendo que a formulação de políticas públicas implicaria sempre no que os autores chamaram de “escolhas alocativas”. Como já mencionado, as políticas públicas são o meio único pelo qual os direitos fundamentais sociais de prestação podem ser assegurados, sendo que ausentes ou precárias as mesmas, são violados os direitos que seriam objeto daquelas (MENDES; BRANCO, 2012, p. 677-678).

Estando assim definida enquanto direito social, a proteção à maternidade, prevista na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º (BRASIL, 2015b), evidencia-se que sua efetivação dar-se-á pelo emprego de políticas públicas.

3.2 DIREITO À MATERNIDADE SEGURA E AS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA EVITÁVEL

O direito fundamental social de proteção à maternidade, como já abordado no tópico anterior, é previsto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, tornando-se efetivo por meio do emprego de políticas públicas.

O estudo do atual cenário brasileiro em termos de políticas públicas que se prestem a promover a maternidade segura se mostra importante para a mensuração de possíveis progressos ao longo das últimas décadas, e, sobretudo, após a morte materna evitável de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, ocorrida em novembro de 2002, por cujo fato foi imputada a responsabilidade ao Estado brasileiro em 2011, pelo Comitê CEDAW da ONU.

Morse *et al* (2011, p. 635) sugerem que, ainda que consideradas as inconsistências nas razões de mortalidade materna no Brasil, os valores são altos, o que indica que as políticas públicas nesse sentido não se mostram efetivas. As autoras seguem afirmando que melhorar a saúde reprodutiva neste cenário é desafiador, porquanto as mulheres em situação de risco são, na maior parte das vezes, mulheres com acesso precário aos serviços de saúde.

Em junho de 2011, no mesmo mês e ano em que o Comitê CEDAW se reunia para deliberar sobre a responsabilidade do Estado brasileiro pela morte materna evitável de Alyne, foi instituída pela portaria do Ministério da Saúde, de nº 1.459, a Rede Cegonha (BRASIL, 2015f). Em suas considerações preliminares estavam presentes, dentre outras, os altos índices de mortalidade materna no Brasil e o compromisso assumido pelo Estado de cumprimento, das metas quatro e cinco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU³ (BRASIL, 2011). Faz-se uma ressalva sobre a possibilidade de que a Rede Cegonha tenha sido criada como resposta brasileira ao cumprimento das recomendações do Comitê, sobretudo pela proximidade temporal entre a deliberação sobre a responsabilidade do Estado pela morte materna evitável de Alyne e a implementação do programa, assunto este que, porém, será melhor tratado no terceiro capítulo.

Este programa, então revolucionário, que viria a modificar sensivelmente os procedimentos de assistência materna e neonatal do SUS, a Rede Cegonha, consiste numa “[...] rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [...]”, de acordo com seu artigo 1º (BRASIL, 2015c).

Sua organização, consoante o artigo 6º da portaria do Ministério da Saúde de nº 1.459 (BRASIL, 2015f), se dá a partir de quatro eixos, quais sejam: o pré-natal; o parto e nascimento; o puerpério e a atenção à saúde da criança; e o sistema logístico, que se refere ao transporte de urgência da gestante e/ou da criança e à disponibilidade das vagas de leitos hospitalares.

Também em 24 de junho de 2011, no âmbito do SUS, a portaria nº 1.473 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015g) instituiu o Comitê Gestor da Rede Cegonha e seu respectivo Grupo Executivo, Comitê de Mobilização Social e Comitê de Especialistas, com coordenação da Área Técnica da Saúde da Mulher. O emprego dos recursos destinados aos programas da Rede Cegonha é feito no sentido de reforçar a rede hospitalar pré-existente, qualificar os profissionais da saúde e de criar estruturas físicas de assistência novas, a exemplo dos “Centros de Parto Normal”, tudo com especial ênfase na atenção às gestações de alto risco.

Dentre as estratégias instituídas no âmbito da Rede Cegonha, estão os Planos de Ação regional e municipal, regulados pela portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL,

³ Os referidos objetivos do milênio da ONU serão estudados no tópico seguinte.

2015h). Nos referidos planos estão definidas, dentre outras disposições, as diretrizes e a organização para os fins de implementação e funcionamento do programa, bem como os parâmetros mínimos de procedimentos, sejam consultas ou exames, preconizados para a totalidade das gestantes e a atenção especial às gestantes de alto risco.

Um dentre os enfoques das políticas públicas atuais de asseguramento ao direito à maternidade segura, desde o início do advento da Rede Cegonha, reside na especial atenção às gestantes de alto risco. Nesse sentido, a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015i) instituiu os serviços de referência de atenção à saúde nas gestações de alto risco. Nos termos da referida portaria, de acordo com o inciso II do seu artigo 2º, são conceituados os termos “gestação, parto e puerpério de risco” como situações em que a mulher possa apresentar “[...] complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis”.

Observa-se que os fatores socioeconômicos e demográficos são mencionados como geradores/agravantes de risco materno pela referida portaria, fato que sugere ter-se levado em conta a constatação feita por Morse *et al* (2011, p. 624), de uma sugestividade pelos dados nacionais de que a morte materna tenha maior incidência entre as mulheres com renda e escolaridade menores, as mulheres negras, e as mulheres com acesso à assistência diminuído, funcionando a razão de mortalidade materna como um “índice das condições de vida e injustiça social”.

Ainda, no ano de 2014 foi publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o manual intitulado “Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade”. No manual são feitas considerações preliminares sobre a posição do Brasil em comparação a outros países da América Latina, como o Chile e o Uruguai, que possuem razões de mortalidade materna inferiores à metade da do Brasil, bem como sobre o fato de que apenas 1% das mortes maternas ocorrem em países desenvolvidos, contra 99% em países em desenvolvimento. Também é ressaltado que muito mais comum do que a morte materna, é a morbidade, em que mulheres apresentam graves complicações, sem, contudo, evoluir ao óbito (BRASIL, 2014, p. 11-12).

Nesse sentido, como parte dos esforços empreendidos para a promoção da saúde materna e de difundir as práticas de excelência em assistência materna e neonatal para a reversão de um quadro nacional que não reflete o preconizado pelo PNUD (IPEA, 2014, p. 78), foi publicado o referido manual sobre segurança do paciente.

3.3 INDICADORES NACIONAIS SOBRE MORTALIDADE MATERNA E A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA ENQUANTO OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DA ONU

No Brasil convive-se com uma realidade paradoxal, extremamente peculiar, em que coabitam em seus indicadores epidemiológicos recorrentemente tanto doenças tipicamente incidentes nos países desenvolvidos, como as moléstias cardiovasculares, como as típicas dos países subdesenvolvidos, como a mortalidade associada às causas obstétricas diretas (mortalidade materna) e a desnutrição (BRASIL, 2011, p. 09).

Em setembro do ano de 2000, os Estados Membros da ONU se reuniram para firmarem um plano de ação para a mudança global, intitulado de Objetivos do Milênio, que está dividido em oito grandes metas, quais sejam: a erradicação da pobreza extrema e da fome, a universalização da educação primária, a promoção da igualdade de gênero e da autonomia das mulheres, a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna, o combate a doenças como o HIV e a malária, a garantia da sustentabilidade e a formação de uma parceria global visando o desenvolvimento (UNICEF, 2015b).

O compromisso do Brasil com a melhoria da saúde materna foi assumido pelo Estado brasileiro junto aos demais Objetivos do Milênio da ONU, no advento da Declaração do Milênio do ano de 2000, de acordo com o objetivo de número 5: “reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990” (IPEA, 2014, p. 6; 78).

Com a finalidade de situar o leitor com relação à referida posição do Brasil em termos de mortalidade materna, serão usados os dados publicados em 2014 pela Organização Mundial da Saúde, que compõem o relatório chamado “*Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*”, em tradução livre “Tendências da mortalidade materna: de 1990 a 2013. Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão da População da ONU”, partindo-se da atualidade, remetendo aos anos e 1990 (OMS, 2014).

No referido relatório, no campo “*Progress towards improving maternal health*”, ou, em uma tradução livre, “Progressos na melhoria da saúde materna”, países como Bolívia, Guatemala, Peru e Brasil aparecem com a indicação “*making progress*”, ou “progredindo”, o que significa, segundo o relatório, que estes países apresentaram desde 1990 um declínio médio anual de suas razões de mortalidade materna entre 2% e 5,5% (OMS, 2014, p. 27-41).

A razão de mortalidade materna (ou RMM) é calculada pelo número de óbitos de mulheres durante a gravidez, o parto, ou o puerpério (que é o período compreendido entre o parto e os 42 dias seguintes), para cada 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2014, p. 79).

A situação da América Latina como um todo, embora longe do alcance do ideal, é de progresso. A razão de mortalidade materna média na América Latina passou de 130 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos em 1990 para 85 em 2013. Tais indicativos demonstram 40% de mudança no período. Entretanto, ao se comparar a situação da América Latina com a da Europa, pode-se perceber o abismo social existente entre ambos. No mesmo período a razão de mortalidade materna média na Europa, que em 1990 era 42 passou para 17 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos em 2013, apresentando uma mudança de 59% (OMS, 2014, p. 50-51).

Alguns países em desenvolvimento, como o Camboja, a Guiné Equatorial e o Nepal, apresentaram redução de mais de 75% em suas razões de mortalidade materna desde 1990 até 2013, recebendo o parecer “*on track*”, ou “encaminhados”, em uma tradução livre (OMS, 2014, p. 27).

O Brasil, especificamente, apresentou boa evolução entre os anos de 1990 e 2013, partindo de uma razão de mortalidade materna de 120 para cada 100.000 nascidos vivos em 1990, e apresentando uma redução de 43% nesse quadro, chegando a RMM 69 em 2013. Tal razão é a mesma da Argentina e a de El Salvador, que por sua vez é maior do que a do Iraque (67/100.000) no mesmo período (OMS, 2014, p. 36-39). Um dos problemas frequentes no processo de enfrentamento da mortalidade materna no Brasil é a sua identificação, pela ocorrência da “morte materna mascarada”, que pode ser definida como o óbito de causa elementar relacionada à gravidez ou puerpério, mas que devido ao preenchimento incorreto ou omissivo deixa de constar das declarações de óbito (GOMES *et al*, 2006, p. 388).

Como pode-se observar, o Brasil não atingiu até o ano de 2013, ano de referência do relatório publicado pela OMS (2014, p. 79), a meta “A” de melhoria da saúde materna, consistente em “reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990”, e segundo relatório nacional publicado pelo Ipea, a meta não será atingida até 2015, não obstante o progresso sensível alcançado até então.

3.4 QUESTÕES SOCIAIS E RACIAIS ENQUANTO FATORES DE RISCO PARA A INCIDÊNCIA DA MORTALIDADE MATERNA E O VIÉS INTERSECCIONAL

No presente tópico será feita uma correlação entre mortalidade materna e discriminação interseccional, de gênero, classe e raça, e, ainda, abordada a situação específica da mortalidade materna das mulheres negras.

O recorte étnico racial, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 50-51), se mostra essencial à análise de dados no âmbito da saúde, para que possam ser planejadas e executadas as políticas públicas nesse sentido, bem como de forma a viabilizar o estudo e a avaliação da qualidade de vida dos grupos da população, conhecer as doenças que os acometem, e suas causas de óbito. É feita menção ao fato de que a falta de registros em que constem a cor, raça e/ou etnia das pacientes dificulta o conhecimento das reais condições de saúde da mulher negra no Brasil, sendo que, no entanto, a própria condição socioeconômica da população negra no Brasil funcionaria como um indicador de sua saúde, e, ainda, que a maioria das mulheres negras vive em condições de pobreza, com uma taxa de analfabetismo dentre as mulheres negras representando o dobro em comparação a das mulheres brancas, o que acaba também por dificultar o acesso à saúde. Tais limitações que lhes são impostas pela sociedade implicam num risco elevado de adquirir e vir a óbito por determinadas doenças, que irão acomete-las em níveis superiores em comparação às mulheres brancas.

Reis, Pepe e Caetano (2011, p. 1143) destacam que não é aleatória a forma de distribuição da morte e morbidade maternas, porquanto há a influência de uma sociedade permeada por desigualdades, que faz com que nem todos possam usufruir dos desenvolvimentos tecnológicos e em termos de conhecimento na medida de suas necessidades. Estudos apontados pelas autoras demonstram que a distribuição da morte e morbidade maternas possuem maiores concentrações nos países com menores índices de desenvolvimento, afetando, sobretudo, as mulheres de classe socioeconômica baixa, com menores índices de escolaridade, e as mulheres negras.

Segundo o Caderno HumanizaSUS, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015d, p. 51), ainda que consideradas as peculiaridades de cada caso concreto, o cenário da morte e morbidade maternas remete às causas evitáveis, o que faz necessário analisar a qualidade da assistência em saúde que vem sendo ofertada às mulheres. Ainda, conforme a publicação, a cobertura e o acesso desiguais entre as regiões mais e menos favorecidas (Norte e Nordeste *versus* Sul e Sudeste) não condizem com os princípios do Sistema Único de Saúde, sendo que a universalização da assistência em termos de saúde materna ainda está para se efetivar.

Se comparativamente, entre as regiões, há diferença no acesso à assistência materna, também o há no país como um todo, ao se considerar o recorte étnico racial. Nesse

sentido, o estudo de Paixão *et al* (2010, p. 107), demonstra a alarmante diferença entre o acesso à saúde sexual e reprodutiva entre mulheres negras e brancas, ou entre as mães de crianças negras e brancas. Segundo os autores, os dados revelaram, com relação ao ano de 2007, uma proporção de 71% de mães de filhos brancos que realizaram mais de sete consultas pré-natais, 23% entre quatro e até 6 consultas, 4,4% realizaram entre uma e três consultas e 1% dentre o grupo não havia realizado consultas pré-natais. Com relação as mães de crianças negras, 42,6% realizaram sete ou mais consultas, percentual muito inferior ao das mulheres brancas; 42,4% realizaram entre quatro e seis consultas; 11,3% fizeram de uma a seis consultas; e, por fim, 2,8% dentre as mães de crianças negras não realizaram quaisquer consultas pré-natais, quase o triplo dentre o observado com relação às mães de crianças brancas. Tais dados podem ser melhor visualizados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Proporção Cor da Criança/Número de Consultas

Cor da criança/nº de consultas	7 ou mais	Entre 4 e 6	Entre 1 e 3	Nenhuma
Mães de crianças negras %	71%	23%	4,4%	1%
Mães de crianças brancas %	42,6%	42,4%	11,3%	2,8%

Fonte: elaborado pela autora (2015).

A portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2015e), tem como um dos objetivos gerais “aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS”. O modo com que a coleta desse dado importante é feita, contudo, nem sempre segue a orientação geral da auto identificação ou auto declaração, o que pode prejudicar a correspondência dos dados coletados com a realidade.

Heringer e Silva (2010, p. 281) apontam, fazendo um claro recorte interseccional, que na saúde em geral no Brasil há uma precarização ainda maior se analisada a situação das mulheres negras enquanto um grupo da população que sofre maior exposição a cuidados e prevenção, ao mencionar o exemplo dos exames ginecológicos preventivos, aos quais o acesso das mulheres negras se mostra sensivelmente menor com relação ao das mulheres brancas.

Martins (2006, p. 2474), sobre as condições de vida e de saúde das mulheres negras, afirma que, não importando quais sejam os referenciais adotados (ascendência, cor, estratos sociais...), os dados trazem as evidências que as mulheres negras vivem em piores

condições sociais. Em sua análise, o autor, sobre a falta de assimilação social da condição da mulher negra, prossegue declarando que “A falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista provoca ‘espanto’ quando se menciona a saúde da mulher negra” (MARTINS, 2006, 2474).

Estudos ao longo da década de 2000 demonstram, em diversas regiões do país os índices comparados de mortalidade materna das mulheres negras. No Estado de São Paulo a mortalidade materna para as mulheres negras era, no início dos anos 2000, 6,4 vezes superior do que das mulheres brancas. Os dados, segundo o pesquisador Luis Eduardo Batista (2004, p. 122-123), apenas evidenciaram a realidade do que o movimento das mulheres negras já denunciava desde então, o descaso para com a população negra e a informação de que “a morte tem cor”.

No Estado do Paraná, entre os anos de 2000 a 2002 a razão de mortalidade materna foi, segundo dados do Comitê Estadual de Mortalidade do Paraná, escancaradamente superior dentre as mulheres negras (nos dados abrangendo a totalidade das mulheres cor preta ou parda) com relação às mulheres de cor branca. Enquanto as mulheres negras apresentavam razão de mortalidade materna de 245,4, índice muito elevado, a razão de mortalidade materna entre as mulheres brancas era 49,25, inferior ao índice total atual (OMS, 2014) de mortalidade materna. A discrepância era ainda maior se consideradas as mulheres de cor preta, excluindo-se as identificadas como pardas, que apresentavam razão de mortalidade materna 407,05. Concomitantemente, no ano de 2000, no Estado do Rio de Janeiro, a razão de mortalidade materna se apresentava 2,3 vezes superior dentre as mulheres negras, comparando-se com os índices dentre as mulheres brancas (MARTINS, 2006, p. 2477).

Diante da falta de dados atualizados sobre mortalidade materna das mulheres negras, foram cruzados os índices obtidos por meio da base de dados do Governo Federal, intitulada Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, indicando a quantidade de óbitos maternos declarados totais por raça/cor, com os dados da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (Pnad), pesquisa demográfica mais recente divulgada pelo IBGE, relativos aos anos de 2011 a 2012, referentes a porcentagem da população de mulheres por raça/cor. Desta forma foi obtido um percentual aproximado da correspondência do óbito proporcional por cor/raça no ano de 2014 (MARTINS, 2006, p. 2477). Importante salientar que não foram utilizadas quaisquer razões de correção para suprir os óbitos maternos que não foram registrados como tais, o que sugere que os óbitos estão em quantidade inferior aos ocorridos nos anos de referência.

A primeira observação que se pode extrair, logo da análise da tabela de óbitos maternos totais em 2004 e 2014, é que, embora o número de óbitos maternos de mulheres brancas tenha diminuído consideravelmente, o número de óbitos maternos dentre as mulheres negras aumentou também consideravelmente. Da tabela de percentual de óbitos maternos em 2004 e 2014 por raça/cor, percebe-se o quão gritante é essa diferença. No Brasil como um todo, e em todas as regiões individualmente o percentual de óbitos maternos das mulheres brancas decresceu no período. Entretanto, não se pode afirmar o mesmo com relação ao percentual de óbitos maternos das mulheres pretas e pardas, que continuou aumentando, sobretudo nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, e, nas regiões em que houve decréscimo, tal progresso foi muito baixo.

Tabela 2 - Número de óbitos maternos declarados totais (raça/cor).

Região	Branca		Preta		Parda		Outras	
	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014
Brasil	615	470	180	183	680	820	15	22
Centro-Oeste	57	30	15	16	57	78	5	4
Nordeste	87	82	65	65	345	327	3	5
Norte	30	29	11	14	116	169	4	12
Sudeste	253	216	74	73	139	231	2	0
Sul	188	113	15	15	23	15	1	1

Fonte: BRASIL, 2015g.

Tabela 3 - Percentual de mulheres por Raça/Cor – 2011-2012

Mulheres	Brasil	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
Nº relativo (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Branca	47,5%	23,4%	28,7%	55,2%	78%	42,1%
Preta	7,6%	5,5%	9%	8,6%	3,9%	6,6%
Parda	44%	69,7%	61,7%	35,3%	17,4%	50,4%
Outra	0,8%	1,5%	0,5%	1%	0,8%	0,8%

Fonte: IBGE, 2013.

Tabela 4 - Percentual de óbitos maternos declarados (Raça/Cor)

Região	Branca		Preta		Parda		Outras	
	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014
Brasil	41,3%	31,4%	12,1%	12,2%	45,6%	54,8%	1,0%	1,5%
Centro-Oeste	42,5%	23,4%	11,2%	12,5%	42,5%	60,9%	3,7%	3,1%
Nordeste	17,4%	17,1%	13,0%	13,6%	69,0%	68,3%	0,6%	1,0%
Norte	18,6%	12,9%	6,8%	6,3%	72,0%	75,4%	2,5%	5,4%
Sudeste	54,1%	41,5%	15,8%	14,0%	29,7%	44,4%	0,4%	0,0%
Sul	82,8%	78,5%	6,6%	10,4%	10,1%	10,4%	0,4%	0,7%

Fonte: elaborado pela autora.

Conclui-se que embora o quadro da mortalidade materna esteja sendo melhorado no Brasil, esse progresso não aparenta estar servindo simetricamente às mulheres, pelo contrário, observa-se que as mulheres negras continuam morrendo em número cada vez maior, sobretudo comparativamente às mulheres brancas.

4 CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL TEIXEIRA (FALECIDA) VS. BRASIL

No presente capítulo será realizado o estudo do caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) vs. Brasil, abordando a sucessão dos fatos e os aspectos de sua morte materna evitável e da responsabilidade do Estado brasileiro em sua ocorrência. Por outro lado, também serão considerados os possíveis esforços do Estado para a reversão de um quadro estrutural que levou, nos termos dos fatos narrados, a ocorrer uma morte materna com traços tão fortes de discriminação de gênero, racial e social.

O estudo das reparações realizadas pelo Brasil, sejam simbólicas ou efetivas, sejam à população ou à mãe e à filha de Alyne, funcionará como parâmetro para a conclusão de que tipo de justiça foi ou poderia ter sido feita, de forma a sedimentar um novo modelo de justiça que abrange não só a pessoa lesada, mas obriga o Estado a modificar suas leis e implementar políticas públicas para evitar novos casos.

4.1 O CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL TEIXEIRA E SEU ÓBITO ENQUANTO MORTE MATERNA EVITÁVEL

Alyne da Silva Pimentel Teixeira era mulher, negra, pobre, jovem e, aos vinte e oito anos de idade, era mãe de uma menina de cinco anos e estava no sexto mês de gestação. Alyne, por cuja morte materna evitável o Estado brasileiro foi considerado responsável, era uma típica vítima da discriminação múltipla, ou discriminação interseccional. O estudo de tais categorias teóricas/conceitos convergiu para a provável causa de ter-lhe sido negligenciada a assistência materna adequada.

Diante da ausência de fontes mais completas e acessíveis, bem como das inconsistências encontradas em fontes diversas, as informações e os fatos narrados neste tópico, em sua quase integralidade, foram extraídos de traduções livres da decisão do Comitê CEDAW (ONU, 2011) que responsabilizou o Estado brasileiro pela morte materna evitável de Alyne, exceto um ou outro fato pontual veiculado na mídia nacional e internacional. No documento, com riqueza de detalhes, são descritos por sua mãe, Sra. Maria de Lourdes da Silva Pimentel, os fatos que fizeram sobrevir a morte materna evitável de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, conforme se passa expor.

Segundo consta na seção “*The facts as presented by the author*”, ou “Dos fatos como apresentados pela autora”, Alyne era uma mulher brasileira, negra, nascida em 29 de

setembro 1974, e na época dos fatos era casada e mãe de uma menina que acabara de completar 5 anos de idade, duas semanas antes do óbito de sua mãe (ONU, 2011, p. 03-04).

De acordo com os fatos trazidos ao conhecimento do Comitê, em 11 de novembro de 2002, Alyne dirigiu-se até a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, sofrendo de muitas náuseas e dores abdominais. Ao receber atendimento ginecológico/obstétrico, foi-lhe prescrita medicação consistente em remédios para náuseas, vitamina B12 e remédios de uso tópico para infecção vaginal. Foram agendados, nesta oportunidade, exames de rotina de sangue e urina, por precaução, para dali a dois dias, e a paciente foi encaminhada para a sua casa. Ela iniciou imediatamente o uso da medicação prescrita (ONU, 2011, p. 03).

Entre os dias 11 e 13 de novembro, a situação de Alyne se agravou, sendo que ela, junto de sua mãe, questionou se não poderia ser vista pelo ginecologista e obstetra da unidade de saúde, antes da análise de sangue e urina que foi agendada para aquele mesmo dia. Ela conseguiu ser examinada e o médico a internou no centro de saúde às 8:25. Ato contínuo, um outro médico a examinou na maternidade, sem, contudo, detectar batimentos cardíacos fetais. Por volta das 11 horas, foi realizada uma ultrassonografia, que confirmou que o feto não apresentava batimentos cardíacos. Alyne foi informada pelos médicos do centro de saúde de que precisaria fazer uso de medicação para a indução do parto do feto natimorto, o que foi iniciado por volta das 14 horas. Às 19:55 ocorreu o parto do feto natimorto de 27 semanas, e, logo após, Alyne ficou desorientada. Nesse momento nem todo o conteúdo uterino foi esvaziado, razão pela qual a paciente teve de ser submetida a procedimento de curetagem para que fossem removidos restos de placenta, o que só foi feito 14 horas após o parto do feto, já no dia seguinte, em 14 de novembro de 2002. Após o procedimento Alyne continuou piorando, e seus sintomas incluíam hemorragia severa, vômitos de sangue, baixa pressão arterial, fraqueza física extrema e incapacidade de ingerir alimentos. Durante o dia 14 de novembro de 2002 Alyne não recebeu visitas de sua mãe e de seu marido, porque foram informados por telefone que ela garantidamente passava bem (ONU, 2011, p. 03).

Segundo informado pela sua mãe ao Comitê CEDAW, em 15 de novembro, a situação de Alyne não apresentou qualquer melhora. Ela estava ainda mais desorientada, pressão arterial continuava baixando, apresentava dificuldade para respirar, e continuava com hemorragia. A equipe do hospital realizou uma punção no abdômen da paciente, porém não encontraram sangue para drenar. Alyne recebeu oxigênio, medicações para alergia, coagulação, úlceras do trato gastrointestinal, além de antibióticos. Os médicos prestaram à mãe de Alyne a informação de que os sintomas apresentados por sua filha eram o de uma

mulher que nunca teria realizado acompanhamento pré-natal, e de que ela precisaria realizar transfusão de sangue. Naquele momento, a Sra. Maria de Lourdes, mãe de Alyne, ligou para o marido de Alyne, que se dirigiu até o hospital. A equipe hospitalar indagou à Sra. Maria sobre os registros de pré-natal de sua filha, porque eles não conseguiram localizar nenhum registro na unidade de saúde (ONU, 2011, p. 03).

Os médicos da casa de saúde Nossa Senhora da Glória entraram em contato com outros hospitais com melhores recursos e acomodações, tanto da rede pública quanto da rede privada de saúde, no intento de transferir a paciente, entretanto apenas o Hospital Geral de Nova Iguaçu possuía leito disponível, porém recusava-se a utilizar sua única ambulância para transportar Alyne naquela hora. Sua família não possuía condições financeiras de pagar uma ambulância privada e Alyne teve de esperar por oito horas pela transferência, em condições críticas, sobretudo nas duas últimas horas, em que apresentava sinais de coma (ONU, 2011, p. 03-04).

Quando enfim Alyne chegou ao hospital às 09:45 do dia 15 de novembro, acompanhada de seu marido e de dois médicos, ela estava hipotérmica, com dificuldade respiratória aguda e apresentava quadro clínico compatível com coagulação intravascular disseminada. Sua pressão arterial ficou ausente e ela teve de ser ressuscitada, sendo posteriormente acomodada em um local improvisado, no corredor da sala de emergências, diante da inexistência de leito em que ela pudesse permanecer durante a internação. Os médicos assistentes não trouxeram junto de Alyne seu prontuário médico, deixando ao médico responsável apenas um breve relato oral sobre os sintomas apresentados (ONU, 2011, p. 04).

Em 16 de novembro de 2002, a mãe de Alyne foi visitá-la e encontrou-a pálida, com sangue em sua boca e em suas roupas. O pessoal do hospital a enviou à casa de saúde para que buscasse os registros de Alyne, que não vieram com ela para a unidade de transferência. De volta à casa de saúde, foi questionada sobre qual o motivo de sua solicitação, sendo que a fizeram ficar esperando pela entrega dos registros. Às 19 horas do mesmo dia, Alyne faleceu (ONU, 2011, p. 04).

Segundo a autópsia, a causa oficial de sua morte foi hemorragia digestiva, que segundo os médicos, resultou do parto do feto natimorto. No dia seguinte ao óbito, 17 de novembro de 2002, por solicitação do Hospital Geral de Nova Iguaçu, a Sra. Maria de Lourdes retornou a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, com o intento de localizar os prontuários médicos de sua filha. Durante sua ida ao estabelecimento, os médicos a disseram que o feto permaneceu morto por vários dias dentro do útero de Alyne, sendo essa a causa de sua morte (ONU, 2011, p. 04).

Alguns fatos não mencionados no teor da decisão do Comitê foram divulgados pela Sra. Maria de Lourdes à imprensa. Segundo a mãe de Alyne afirmou em entrevista à revista *Época* (BRUM *et al*, 2008), ao chegar na Casa de Saúde, em 13 de novembro de 2002, o médico teria afirmado que não havia nada de errado com o feto, que ainda no mesmo dia constatou-se estar morto. Em 14 de novembro, a mãe de Alyne teria sido informada que sua filha passava bem, e que poderia receber alta no dia seguinte. Naquele dia, conforme explanado no presente tópico, Alyne vomitava sangue e não conseguia ingerir alimentos (ONU, 2011).

Ao jornal O Estado de São Paulo, a Sra. Maria de Lourdes afirmou que inclusive a ultrassonografia que confirmou a morte do feto teve de ser paga pela sua família, em que pese o convênio da instituição com o SUS. No hospital de referência para o qual sua filha foi transferida, segundo Maria de Lourdes, os médicos afirmaram que ninguém havia feito nada por ela (THOMÉ, 2014). Da sucessão dos fatos narrados por sua mãe na comunicação enviada ao Comitê percebe-se como foi árdua a peregrinação de Alyne e de sua família no âmbito da saúde pública, e quantas falhas e negligências permearam por reiteradas vezes seu atendimento precário.

4.2 OS ASPECTOS DA REPRESENTAÇÃO E DAS RECOMENDAÇÕES FEITAS AO BRASIL PERANTE O COMITÊ CEDAW DA ONU

A situação de negligência à qual Alyne foi submetida foi levada ao conhecimento do Comitê CEDAW da ONU pelas instituições *Center for Reproductive Rights* e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, enviada em 30 de novembro de 2007. Segundo consta na decisão proferida pelo Comitê para a Eliminação da Discriminação contra Mulheres, a apreciação do Ofício nº 17/2008 deu-se nos termos do artigo 7, parágrafo 3º, do Protocolo Facultativo da CEDAW (ONU, 2011, p. 01).

Nesse tópico serão abordadas as considerações feitas pelo Comitê CEDAW da ONU com relação às várias violações de direitos sofridas por Alyne da Silva Pimentel Teixeira, explicitando no que o Estado brasileiro falhou, e também as recomendações de medidas que foram consideradas necessárias pelo órgão para que a família de Alyne recebesse alguma reparação pela perda, ainda que simbólica, e também para que situações semelhantes não mais ocorressem no Brasil. Cumpre dar ênfase de que a decisão foi a primeira sobre esse assunto tomada em instâncias internacionais de proteção aos direitos humanos e, por isso, tem a função de servir de precedente e exemplo para outros Estados. Mais uma vez, diante da

ausência de tradução oficial do documento proferido pelo Comitê para o português, a análise apresentada é pautada em traduções livres do documento original, em língua inglesa.

O Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher foi promulgado pelo Brasil, no ano de 2002, pelo Decreto nº 4.316 (BRASIL, 2015c). Nos termos do seu artigo 7, parágrafo 3, a viabilidade de análise das comunicações se dará segundo o Protocolo facultativo, de acordo com informações prestadas pelos indivíduos ou associações, ou, ainda, em nome destes ou dos próprios Estados Partes, com a transmissão da informação às partes envolvidas. Após o exame da comunicação, o Comitê se manifesta, opinando a respeito, bem como realizando recomendações às partes, se for o caso.

Como exposto no item 2.1 do primeiro do presente trabalho, para a apreciação da petição feita ao Comitê CEDAW pelo indivíduo ou grupo que alegue ter sofrido violações de direitos expressos na Convenção, devem ter sido esgotados os recursos internos do Estado signatário, à exceção de haver morosidade injustificada em sua solução, nos termos do parágrafo 4º do artigo 1 do Protocolo Facultativo à CEDAW, a saber:

[...] O Comitê não considerará a comunicação, exceto se tiver reconhecido que todos os recursos da jurisdição interna foram esgotados ou que a utilização desses recursos estaria sendo protelada além do razoável ou deixaria dúvida quanto a produzir o efetivo amparo. (BRASIL, 2015c).

Em fevereiro de 2003, anos antes da comunicação ao Comitê e poucos meses após a morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, havia sido distribuída uma ação perante o poder judiciário fluminense em face do Estado do Rio de Janeiro (processo n.º 2003.001.015774-2), pleiteando indenização por danos materiais e morais pelo ocorrido. No entanto, até a data da comunicação, e, ainda, até a deliberação do Comitê CEDAW, o processo ainda carecia de sentença, o que caracterizou protelação por parte do Estado brasileiro (ONU, 2011, p. 04, 18).

Em assim sendo, o Comitê recebeu a petição da Sra. Maria de Lourdes da Silva Pimentel, declarando sua admissibilidade, nos termos da norma número 64 do seu Regulamento Interno. Considerou, dentre outras coisas, que as respostas do Estado não foram suficientes e convincentes sobre os questionamentos feitos pela peticionante relativos à morosidade no andamento da ação judicial. Também, segundo o Comitê, não foram bastantes as explicações sobre o porquê de terem sido rejeitados os dois pedidos de tutela antecipada formulados pela parte no âmbito da ação indenizatória. De tais situações decorreu a convicção de que o atraso na solução da demanda era demasiado e sem justificativas. A fundamentação

da petição apresentada foi considerada pelo Comitê como suficiente, regularmente pautada em direitos constantes na CEDAW (ONU, 2011, p. 18).

Passadas as considerações de admissibilidade, no mérito foram analisadas as situações às quais Alyne fora submetida, considerando, para tanto, as informações que lhes foram postas à disposição tanto pela peticionante quanto pelo Estado-parte.

Conforme Oliveira e Schirmer (2012, p. 17), à época da decisão do Caso Alyne o Estado-parte demonstrou que possuía políticas públicas e demais programas de promoção da saúde da mulher, inclusive em termos de prevenir a incidência da mortalidade materna. Ainda assim, foi constatada pelo Comitê a insuficiência dos programas apresentados, sendo insuficientes para a finalidade que se propunham, e a respectiva violação aos direitos humanos das mulheres, especificamente ao direito à saúde.

A afirmação feita na petição apresentada ao Comitê é a de que a morte de Alyne foi resultado da violação de seus direitos à saúde e à vida, isso porque o Estado não lhe prestou assistência adequada durante a gestação, bem como não lhe foi dado o devido amparo de emergência obstétrica. Segundo as afirmações apresentadas ao Comitê, a omissão das prestações em termos de assistência médica e de acompanhamento obstétrico por parte do Estado, no caso específico, violou o direito à igualdade, tanto de gênero, quanto racial e social (ONU, 2011, p. 18-19).

Rebecca J. Cook (2014, p. 07), em estudo sobre o aspecto discriminatório de gênero no caso Alyne da Silva Teixeira Pimentel (falecida) *vs.* Brasil, pondera no sentido de que a falta de amparo em termos de obstetrícia, por tratar-se de uma assistência da qual apenas mulheres necessitam, é uma discriminação da mulher no âmbito da saúde. Nesse sentido, prossegue a autora:

O papel social específico de sexo que a mulher desempenha, através da reprodução, ressalta que a falha dos Estados em adaptar em serviços de assistência à saúde específicos por sexo é uma forma de discriminação contra as mulheres, que os governos têm a obrigação de remediar. Ou seja, ações reparadoras para adaptar as necessidades específicas de sexo das mulheres não constituem discriminação contra os homens. (COOK, 2014, p.06).

Ainda traz a autora que a gravidez e o parto não são doenças, e sim “processos fisiológicos socialmente benéficos”, afetos às mulheres, o que torna essa assistência ainda mais peculiar, e a falta de amparo acentuadamente discriminatória (COOK, 2014, p. 06).

A primeira análise no mérito realizada pelo Comitê procurou elucidar se a morte de Alyne foi relacionada a fatores ligados a condição de gravidez. Para a formação de sua

convicção, o Comitê considerou que mesmo que o Estado-parte tenha alegado que a morte de Alyne deu-se pela causa provável de hemorragia digestiva, os eventos descritos pela parte autora não foram impugnados. Ainda corroboraram o caráter de morte materna evitável, pareceres de especialistas, trazidos pela parte autora. Segundo o Comitê, mesmo grávida de seis meses e queixando-se de dores e náuseas durante consulta na Casa de Saúde, não foram feitos no mesmo dia os exames necessários para a constatação da morte do feto. Os dois dias que Alyne teve de esperar por exames simples de sangue e urina, nesse sentido, foram fator importante para sua piora. Também foi expressa pelo Comitê CEDAW a rejeição do argumento do Estado brasileiro de que inexistia relação causal entre o fato de Alyne ser mulher e as falhas em termos de assistência médica sofridas por ela, tendo sido sua morte considerada como óbito de causas relacionadas à maternidade, ou morte materna (ONU, 2011, p. 19).

Cook (2014, p. 7), nesse sentido, ressalta que Alyne não foi para o sistema de saúde uma candidata convincente para que lhes fossem realizados prontamente os exames dos quais necessitava, em que pese suas queixas de dor e náuseas, e sua condição de mulher grávida. A autora aduz que Alyne sofreu um tratamento que não é comum ser dado às “[...] mulheres brasileiras grávidas brancas de classe média, ou aos homens brasileiros, brancos de classe média”, desempenhando a discriminação interseccional um papel importante nas violações de direitos sofridos por ela, tendo sido restringidos os serviços de saúde em um nível superior ao que eventualmente se restringiria às mulheres de melhor classe socioeconômica, por exemplo.

Além do agendamento de exames que deveriam ter sido realizados prontamente, o Comitê também ponderou como falhas do Estado-parte uma série de condutas no atendimento de Alyne, dentre as quais pode-se listar: o transcurso de 14 horas entre o parto do feto natimorto e a cirurgia para retirada dos restos de placenta, o fato de o procedimento ter sido realizado na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, não adequadamente equipada para tanto, a negatória do Hospital de Referência em fornecer sua ambulância para o transporte de Alyne, a precariedade das informações médicas prestadas na chegada da paciente ao hospital e sua transferência sem registros médicos escritos, e sua permanência em uma acomodação improvisada por 21 horas em corredor hospitalar até o óbito. Os fatos descritos não foram contestados pelo Estado brasileiro, que inclusive admitiu que a condição de Alyne exigia uma assistência específica, que não foi propiciada por falta de preparo dos profissionais e de infraestrutura. Desta forma o Comitê concluiu que Alyne da Silva Pimentel Teixeira não recebeu assistência necessária adequada à sua gravidez (ONU, 2011, p. 19-20).

Embora o Estado brasileiro tenha alegado que as falhas em termos de assistência médica e hospitalar não poderiam ser-lhe imputadas, por se tratar a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória uma instituição privada (ainda que prestando serviços ao SUS), o Comitê ressaltou que, com a terceirização dos serviços, o Estado permanece com o dever de fiscalização, de forma a assegurar a adequação dos serviços de saúde. O Estado-parte, nesse sentido, admitiu que a contratação e controle dos serviços era feita de forma precária. O Comitê enfatizou que sobretudo a própria Constituição Federal brasileira demonstra, ao trazer o direito à saúde enquanto direito fundamental, a responsabilidade do Estado em sua correta prestação (ONU, 2011, p. 20).

Foram apresentadas petições do *Amicus Curiae* pelas instituições Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), Anistia Internacional e Comissão Internacional de Juristas, versando sobre saúde e mortes maternas no Brasil (ONU, 2011, p. 02).

O *Amicus Curiae* apresentado pelo CLADEM justificou-se nos direitos humanos à vida, à saúde, à igualdade e não discriminação, expressos na Convenção CEDAW, dentre outros instrumentos internacionais. Em sua exposição, foi mencionada a crítica situação do Brasil e da América Latina em termos de mortalidade materna. Segundo o CLADEM, tanto no Brasil, quanto nos demais países latino-americanos o problema da mortalidade materna em muito se deve aos fatores distribuição de recursos desigual e falta de qualificação dos profissionais da área da saúde. A limitação de assistência em saúde no caso Alyne, conforme expresso no parecer, traz recortes de discriminação interseccional, e demonstra, também, que no caso do Brasil há disparidades entre regiões que evidenciam que a qualidade em saúde ofertada às mulheres não é uniforme dentro do território nacional (ONU, 2011, p. 02-12).

Alyne era moradora de uma região periférica do Rio de Janeiro, em um Estado que possui bom índice de desenvolvimento humano no Brasil, porém com regiões pobres que recebem poucos recursos em setores de extrema importância, como o da saúde, o que foi evidenciado pelo Comitê. Nesse sentido também se manifestou o Comitê, que observou, especificamente em seu item 7.7, que Alyne sofrera discriminações múltiplas, sobretudo, nos termos da decisão, enquanto mulher afrodescendente e de classe social baixa (ONU, 2011, p. 20).

A não instauração de qualquer tipo de procedimento para apurar a responsabilidade dos profissionais que prestaram a assistência precária e insuficiente à Alyne também foi um aspecto ponderado pelo Comitê CEDAW, junto a morosidade judicial na solução da ação indenizatória proposta pela família da vítima em fevereiro de 2003, que até

então, no ano de 2011, permanecia sem sentença e teve dois pedidos de tutela antecipada negados (ONU, 2011, p. 21).

Atualmente, conforme será melhor elucidado no tópico 4.4, o processo administrativo para averiguar infrações ético-profissionais na conduta dos médicos que atenderam Alyne nos eventos que desencadearam sua morte materna evitável foi arquivado, sem a responsabilização de qualquer profissional, por suposta falta de provas.

Por fim, o Comitê CEDAW reconheceu os danos morais e materiais que decorreram da morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, sofridos por sua mãe e por sua filha. Após a morte da mãe, a criança sofreu o abandono por parte de seu pai e passou a viver com a avó, que não possuía condições financeiras suficientes para tanto, o que fez com que a menina vivesse em situação familiar e financeira frágil (ONU, 2011, p. 21).

A ausência de aplicação de políticas públicas, resultando em assistência à saúde materna inapropriada prestada pelo Estado-parte, constituiu, segundo o Comitê, não somente uma violação da CEDAW, senão também uma discriminação contra as mulheres, nos termos do artigo 12, parágrafos 1 e 2 da Convenção (ONU, 2011, p. 02). O Comitê considerou, por fim, que o Estado não cumpriu suas obrigações, assumidas com a ratificação da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher. Segundo o Comitê, o estado violou as obrigações contidas no artigo 12 da Convenção, no que tange ao acesso à saúde, o artigo 2 “c”, no que tange ao acesso à justiça, e do artigo 2 “e”, no que tange a regulamentação dos serviços de saúde terceirizados, prestados por instituições privadas (ONU, 2011, p. 21).

Diante da constatação destas falhas cometidas pelo Estado-parte, que resultaram em violações de direitos humanos graves, foram realizadas recomendações pelo Comitê CEDAW ao Brasil, no intento de reparar tais violações. As recomendações realizadas pelo Comitê, bem como sua finalidade e importância, serão o objeto do tópico seguinte.

4.3 ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES FEITAS AO BRASIL PERANTE O COMITÊ CEDAW DA ONU

Nesse tópico pretende-se examinar as recomendações feitas ao estado brasileiro pelas violações de direitos humanos das mulheres que vitimaram Alyne. Observa-se que o Comitê CEDAW, após ter admitido a petição submetida a sua apreciação e considerado o Estado-parte responsável pelas violações de direitos humanos ocorridos no caso Alyne da

Silva Pimentel Teixeira, determinou que fossem cumpridas recomendações gerais e específicas para reparar os danos praticados.

A primeira recomendação realizada pelo Comitê Estado brasileiro diz respeito a família de Alyne, foi uma recomendação específica para que o Estado fizesse uma reparação adequada, inclusive financeira, para sua mãe, e sua filha. Essa reparação, nos termos da decisão, deveria ser correspondente a gravidade das violações sofridas pela vítima (ONU, 2011, p. 21).

Ainda relativo a reparação sobre as violações de direito sofridas pela vítima, o Brasil, de forma voluntária, procedeu à reparações simbólicas, estas não previstas nas recomendações feitas pelo Comitê. Em abril de 2014 foi reinaugurada a Maternidade Municipal de Nova Iguaçu Mariana Bulhões, referência regional em saúde das mulheres, com a inauguração de uma unidade de terapia intensiva para adultos que recebeu o nome de “Alyne Pimentel”. Na placa com seu nome também constam os dizeres “Reparação simbólica em reconhecimento de sua morte evitável. Pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde das mulheres”. No mesmo mês foi inaugurado um espaço de convivência de gestantes na Maternidade Estadual Mãe Mesquita, local em que foi descerrada uma placa com a frase “À Alyne Pimentel, sua mãe e sua filha: Aqui, onde colaboramos com a natureza no trazer à vida, damos seu nome a este espaço, como reparação simbólica do Estado brasileiro e como nosso compromisso na redução da morte materna e qualidade no atendimento” (BRASIL, 2015a, p. 03).

Relativo às medidas gerais, por sua vez, foram formuladas as seguintes pelo Comitê CEDAW (ONU, 2011, p. 21-22):

- a) Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso à assistência médica emergencial adequada, a preços acessíveis, em consonância com a recomendação geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde.
- b) Prover a formação profissional adequada para os profissionais trabalhadores na área da saúde, especialmente sobre os direitos reprodutivos das mulheres à saúde, incluindo o tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como assistência obstétrica emergencial oportuna.
- c) Assegurar o acesso a medidas eficazes nos casos em que os direitos das mulheres à saúde reprodutiva tenham sido violados e prover a formação dos trabalhadores do poder judiciário nesse sentido.
- d) Assegurar que as instituições de saúde privada cumpram com as normas nacionais e internacionais em termos de saúde reprodutiva;
- e) Assegurar que sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres.
- f) Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Acordo Nacional pela Redução da Mortalidade Materna nas esferas estadual e municipal, inclusive com a criação de comitês de mortalidade materna em lugares onde estes ainda não existam.

Muito embora a comunicação ao Comitê CEDAW dissesse respeito somente à Alyne, as recomendações realizadas em sua decisão buscaram, considerando o quadro brasileiro da mortalidade materna evitável evidenciado pela comunicação, uma reparação que fosse além da situação individual da vítima, abrangendo o asseguramento do direito à maternidade segura para todas as mulheres brasileiras.

Nesse sentido, Rebecca Cook (2014, p. 08) afirma que muito embora o enfoque do Comitê estivesse, de fato, em uma vítima individual, também foi levado em consideração, à todo tempo, as várias falhas do sistema de saúde para com ela, que puderam ser compreendidas como reflexos de problemas sistêmicos. A morte de Alyne pôde ser compreendida como uma morte típica, recorrente dentro de um sistema que era permeado por tais falhas.

Ainda segundo a autora (2014, p. 08), o objetivo do Comitê com o direcionamento de suas recomendações para além de reparações individuais, foi o de evitar que outras mortes como a de Alyne fossem recorrentes. Não objetivou-se tão somente uma reparação à família da vítima por sua perda, por não ter-lhe sido assegurado o direito à maternidade segura, e sim que passasse a existir um tratamento igualitário às mulheres no âmbito do sistema de saúde, em que todas pudessem ter acesso aos serviços de saúde materna adequados e suficientes no Brasil.

Por fim, após as recomendações específicas e gerais, o documento recomendou, ainda, que fosse integralmente traduzido, com seu relatório e recomendações, para o idioma nacional e demais idiomas que porventura fossem utilizados no país, bem como que fossem amplamente divulgadas as recomendações que foram feitas pelo Comitê, em todos os setores da sociedade (ONU, 2011, p.22). Ressalte-se que essa recomendação não parece ter sido cumprida, ao passo em que toda a presente pesquisa utilizou-se de traduções livres do original, diante da dificuldade em encontrar o documento na íntegra traduzido para o português. Tampouco, ao longo da pesquisa, foi feita menção ao documento traduzido para quaisquer dos idiomas indígenas tradicionais.

No tópico seguinte serão analisadas as aludidas recomendações gerais e específicas feitas ao Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil, conjuntamente com as medidas tomadas pelo Estado e as atuais políticas públicas para o enfrentamento da mortalidade materna evitável, a fim de averiguar os possíveis progressos do Estado-parte, após ter-lhe sido feitas as recomendações pelo Comitê CEDAW.

4.4 OS POSSÍVEIS PROGRESSOS PARA A GARANTIA DO DIREITO À MATERNIDADE SEGURA APÓS O CASO ALYNE

No presente tópico serão estudadas as medidas tomadas pelo Estado-parte para dar cumprimento às recomendações específicas e gerais feitas pelo Comitê CEDAW, de forma a poder concluir se existiram progressos, sobretudo em termos de políticas públicas que reflitam na melhora do cenário da mortalidade materna evitável. Para chegar-se a uma conclusão, será considerado, principalmente, o Relatório do Governo Brasileiro, apresentado ao Comitê CEDAW em agosto de 2014, em que o Estado apresenta as medidas que declara ter tomado para dar cumprimento ao recomendado, além de outras informações prestadas pelo Governo Federal.

Com relação às medidas específicas, em 25 de março de 2014 a assessoria de comunicação social da Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal publicou uma nota em sua página eletrônica, comunicando uma indenização no valor de US\$ 55 mil dólares, à época, equivalentes a cerca de R\$ 131 mil reais, afirmando, contudo, ser uma reparação simbólica (BRASIL, 2015j).

Paralelamente, a senhora Maria de Lourdes preferia não comentar sobre o valor em vias de ser recebido, limitando-se a se a declarar publicamente sobre o dinheiro da indenização no sentido de “que não é muito e nem dá para comprar uma casa”, e, ainda, de que destinaria os valores para a contratação de um plano de saúde (THOMÉ, 2014).

Com relação à filha de Alyne, Alice da Silva Pimentel Teixeira, o Estado brasileiro estabeleceu que, em cumprimento ao recomendado pelo Comitê CEDAW, a indenizará caso findo o processo judicial sem que haja reparação financeira, o que caracteriza flagrantemente um descumprimento das recomendações específicas do Comitê (BRASIL, 2015a, p. 03).

Em que pese serem desconhecidos os parâmetros adotados para mensurar financeiramente a gravidade da ocorrência da morte materna evitável de Alyne, percebe-se de plano que o valor parece pouco, muito bem definido pela senhora Maria de Lourdes ao afirmar que não basta sequer para a aquisição de uma casa, o que forma a convicção de não estar de acordo com os termos da decisão proferida.

Em relatório apresentado ao Comitê CEDAW em 2014, o Brasil demonstrou seus esforços no sentido de dar cumprimento ao recomendado, apresentando o que teria feito com relação a cada recomendação geral e específica do Comitê. Com relação à medida “Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso à assistência médica emergencial

adequada, a preços acessíveis, em consonância com a recomendação geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde”, o Estado menciona com destaque a implementação da Rede Cegonha, seus objetivos e seus custos para o Governo brasileiro (ONU, 2011, p. 21).

Dentre todas as políticas públicas vigentes elucidadas no segundo capítulo da pesquisa, pode-se observar estreita correlação entre princípios sobre os quais a Rede Cegonha, instituída pela portaria do Ministério da Saúde, de nº 1.459 (BRASIL, 2015f), foi pautada e as recomendações feitas pelo Comitê CEDAW para Brasil no caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira. Exemplo disso pode ser percebido nos aspectos que seguem. Enquanto “o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos” e a “garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos [...]” são princípios nucleares de tal estratégia, o caso trata de flagrante violação de direitos humanos; Se por um lado a portaria que instituiu a Rede Cegonha alude a necessidade de afirmar “o respeito à diversidade cultural, étnica e racial” bem como “o enfoque de gênero”, a morte materna evitável de Alyne apresentou fortes traços de discriminação múltipla, nas intersecções de gênero, de raça e de classe. Esses fatos indicam, em tese, que ainda que imediatamente anterior a publicação da decisão do Comitê CEDAW sobre o caso, o Estado-parte havia considerado a provável repercussão da Comunicação, que desde 2008 tramitava no Comitê.

A adesão à Rede Cegonha no Estado do Rio de Janeiro foi pioneira, e deu-se pela Deliberação nº 1.373, de 07 de julho de 2011, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado. Segundo apresentado no relatório de cumprimento, tal implementação teve início justamente pelos 19 municípios componentes da Baixada Fluminense, região em que Alyne veio a óbito. Até então, em agosto de 2014, segundo os dados apresentados no referido relatório, todos os Estados do país já haviam aderido à Rede Cegonha, bem como 98% dos seus municípios (BRASIL, 2015a, p. 06).

Dentre as medidas mencionadas para o cumprimento da primeira recomendação geral do Comitê destaca-se a instituição dos serviços de referência de atenção à saúde nas gestações de alto risco, no advento da Rede Cegonha, pela Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015i). Ainda, segundo o relatório, tal iniciativa inclui o investimento em ampliar e reformar os leitos neonatais e obstétricos de alto risco, tornando-os melhores ambientados e equipados, além do custeio das maternidades de referência que prestem esse tipo de atendimento (BRASIL, 2015a, p. 06).

Com relação à recomendação geral que preconiza a formação profissional adequada aos profissionais da área da saúde sobre os direitos reprodutivos das mulheres a assistência obstétrica em geral e de emergência oportunas, também foram apresentadas em

relatório as medidas tomadas pelo Estado. Dentre as medidas apresentadas estão o apoio à realização de cursos, seminários e *workshops* sobre saúde reprodutiva das mulheres, seminários de boas práticas obstétricas e neonatais, programa de formação de enfermeiros obstetras e qualificação de profissionais da enfermagem que não são especialistas em obstetrícia, aprimoramento de enfermeiros obstetras que se encontrem distantes da atuação para a qual são qualificados, tentando o fortalecimento da atuação dos enfermeiros obstetras no território nacional. Também foram realizados convênios com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, do Estado de Pernambuco, com a capacitação de 600 técnicos em enfermagem para a prevenção do câncer do colo do útero, e com a Universidade Federal de Santa Catarina, para a promoção de curso de cuidados maternos, neonatais e de lactantes (BRASIL, 2015a, p. 06-07).

Relativo à recomendação de “assegurar o acesso a medidas eficazes nos casos em que os direitos das mulheres à saúde reprodutiva tenham sido violados, e prover a formação dos trabalhadores do poder judiciário nesse sentido”, a única medida apresentada pelo Estado-parte ao Comitê foi a realização de um seminário, realizado na cidade de Rio de Janeiro – RJ, direcionado aos operadores do Direito e ao Movimento de Mulheres. O seminário contou com a presença de representantes de vários órgãos, e, inclusive, de representantes das petionárias, mãe e filha de Alyne, com debate de temas relativos aos direitos reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2015a, p. 11-13). Tal medida parece ter proporções muito pequenas, sobretudo ao considerarmos o tamanho da estrutura do judiciário brasileiro e a quantidade de operadores do Direito em atuação.

Para o cumprimento da recomendação de “assegurar que as instituições de saúde privada cumpram com as normas nacionais e internacionais em termos de saúde reprodutiva”, o Estado-parte limitou-se a afirmar que a ANVISA, criada pela lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, possui competência para fiscalização, emissão de alvará de licenciamento sanitário, e a instauração de processos administrativos contra serviços de saúde, inclusive os obstétricos e neonatais, bem como que a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2008 da ANVISA apresenta regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2015a, p. 13). Essa alegação se mostra, ao menos em parte, inconsistente, sobretudo ao se constatar que em novembro de 2002 a ANVISA já era órgão fiscalizador dos serviços de saúde, época em o óbito de Alyne ocorreu, o que não assegurou que os serviços fossem-lhe prestados de forma adequada.

Com relação a “assegurar que sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres”, o Estado brasileiro

relatou que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos que supervisionam e aplicam sanções à classe médica, com penas que variam desde a advertência confidencial, até a cassação da autorização para o exercício da medicina. Relativo ao Caso Alyne Pimentel, o caso foi submetido a exame de infrações ético-profissionais pelo Conselho Federal, tendo sido direcionado ao Conselho Regional do Estado do Rio de Janeiro, por declínio de competência, que é do Conselho que detinha a inscrição do profissional à época das supostas infrações. A denúncia foi arquivada, porque o Conselho Regional do Rio de Janeiro entendeu não existirem indícios suficientes de infração ao Código de Ética Médica no atendimento prestado por Alyne, e transitou em julgado, diante da ausência de recurso por parte do Conselho Federal (BRASIL, 2015a, p. 13-15).

Relativo ao cumprimento da recomendação que objetiva reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Acordo Nacional pela Redução da Mortalidade Materna nas esferas estadual e municipal, e com a criação de comitês de mortalidade materna, o Estado-parte fez uma série de observações. Segundo o Estado brasileiro relatou, têm sido feitos progressos sensíveis em termos de redução da mortalidade materna, sem, contudo, que este tenha deixado de ser um desafio para o Brasil. Dentre os aspectos da insuficiência dos progressos realizados reconhecidos pelo Estado-brasileiro, está o fato de que as mortes de mulheres pretas e pardas, em 2012, perfaziam 60% dos óbitos maternos, e que as causas relativas à hipertensão, hemorragias e infecções puerperais são ainda as causas principais de morte materna (BRASIL, 2015a, p. 15-16).

A responsabilização de um Estado por uma morte materna evitável no âmbito internacional, por si, parece ser um grande avanço. Rebecca J. Cook (2014, p. 06) afirmou que “a articulação legal de como os direitos humanos aplicam-se a uma mulher grávida é um avanço monumental”. A autora prossegue afirmando ter sido a primeira vez em que as lacunas discriminatórias existentes no sistema de saúde de um Estado-parte foram denunciadas e verificadas sob a perspectiva de uma minoria, com o estabelecimento da responsabilidade do Estado em suprir tais lacunas imediatamente, tomando as medidas necessárias para tanto. De todo o exposto, percebe-se que o Estado iniciou o cumprimento às recomendações que lhe foram feitas pelo Comitê CEDAW da ONU, alcançando até neste momento resultados que embora tenham sido substanciais, não foram suficientes, sobretudo ao se considerar que ainda há um enorme abismo entre o quadro atual, e o ideal, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, em termos de mortalidade materna.

5 CONCLUSÃO

Alyne era uma mulher negra de classe socioeconômica vulnerável, de cujos direitos à saúde e à vida o Estado brasileiro permitiu a violação, diante da ausência de políticas públicas adequadas para a promoção da saúde materna. A sua morte deu-se por causas relativas a falta de assistência materna adequada e de serviços obstétricos de urgência, tendo sido negligenciados a ela inclusive exames básicos e de necessidade crucial para que seu óbito fosse evitado.

A violação dos direitos sexuais e reprodutivos da vítima, privando-a inclusive de sua vida, e a subsequente responsabilização do Estado omissivo, instaram o estudo da trajetória dos direitos humanos das mulheres na esfera internacional, até chegar-se à Convenção CEDAW, que embasou a comunicação das violações de direitos, ao protocolo facultativo à Convenção, que permitiu que a petição fosse apreciada, e ao Comitê CEDAW, que proferiu a decisão. Outro conceito importante, afeto a pesquisa, também abordado já no primeiro capítulo, é o de discriminações múltiplas, ou discriminação interseccional, devido aos fortes traços de discriminação racial, de gênero e de classe nas omissões e no tratamento degradante aos quais Alyne foi submetida. Também foram estudados os conceitos de direitos reprodutivos e de direito à maternidade segura, direitos aos quais Alyne foi privada. Por fim, foi traçada a situação atual do Estado brasileiro em termos de políticas públicas vigentes para o enfrentamento da mortalidade materna, os dados atuais da mortalidade materna, e o que vem sendo feito para a promoção do direito à maternidade segura, correlacionando-se ao caso estudado.

O Estado não responsabilizou os profissionais da saúde responsáveis pela omissão no atendimento de Alyne e se eximiu de fazê-lo, e também não apresentou uma resposta efetiva em termos de ao menos se comprometer a assegurar que as instituições de saúde privada cumpram com as normas nacionais e internacionais em termos de saúde reprodutiva. Ainda, com relação a assegurar o acesso a medidas eficazes nos casos em que os direitos das mulheres à saúde reprodutiva tenham sido violados, e prover a formação dos trabalhadores do poder judiciário nesse sentido, o Estado-parte tão somente demonstrou ter realizado um seminário, com duração de um dia, o que de forma alguma é efetivo para tal fim, por exemplo. Conclui-se, portanto, que nenhuma das medidas recomendadas pelo Comitê CEDAW foi plenamente cumprida pelo Estado até então.

Ao final do ano de 2015, em que o Brasil deveria ter diminuído a mortalidade materna a uma razão de três quartos (75%) do nível observado em 1990, o Estado conseguiu, entretanto, chegar apenas à 43% até os últimos dados da OMS (2014).

O objetivo da pesquisa foi concluído e os resultados apontam para que mesmo existentes progressos concretos após a responsabilização do Estado brasileiro, como a implementação de políticas públicas que demonstram potencial em se tornar efetivas, os dados demonstram que muito ainda precisa ser modificado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, José Eustáquio Diniz. **As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios.** 2014.
- AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. *In: Revista Saúde Social.* São Paulo, v.17, n.3, p.101-112, 2008.
- BARSTED, Leila Linhares. **Os Direitos Humanos na Perspectiva de Gênero.** São Paulo, 2001. Disponível em:
<http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/a_pdf/barsted_dh_perspectiva_genero.pdf> Acesso em: 20 ago. 2015.
- BATISTA, Luís Eduardo. Mortalidade adulta no Estado de São Paulo. *In: Anais. I Seminário Saúde da População Negra*, 1 ed. São Paulo. p. 117-128. 2004. Disponível em:
<<http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/117-128LuisEduardo.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo II: A Experiência vivida.** 2.ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *In: Cadernos Pagu.* Campinas, n. 26, p. 329-376, janeiro-junho, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf> Acesso em: 11 ago. 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade.** Brasília, 2014. Disponível em:
<<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>> Acesso em: 11 out. 2015.
- _____. Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher. **Caso Alyne da Silva Pimentel - Relatório do Governo Brasileiro Agosto 2014.** Disponível em:
<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mjIBY6MdGGUJ:www.spm.gov.br/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 10 out. 2015a.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 15 jun. 2015b.

_____. Decreto nº 4.316, de 30 de Julho de 2002. **Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4316.htm>. Acesso em: 20 ago. 2015c.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento.** V.4. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em 20 out. 2015d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html> Acesso em 30 ago. 2015e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html>. Acesso em: 30 ago. 2015f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. **Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html> Acesso em: 30 ago. 2015g.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 30 ago. 2015h.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. **Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 30 ago. 2015i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Mãe de Alyne Pimentel recebe reparação do Estado brasileiro pela morte da filha. **Notícias 2014**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/marco/mae-de-alyne-pimentel-recebe-reparacao-do-estado-brasileiro-pela-morte-da-filha>>. Acesso em: 20 out. 2015j.

BRUM, Eliane; SEGATTO, Cristiane; FERNANDES, Nelito; CLEMENTE, Isabel. Elas morreram de parto. In: **Revista Época**. 2008. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT4930-15280-4930-3934,00.html>> Acesso em: 19 mai. 2015.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa; MERCADO, Cristiano Miglioranza; RICOLDI, Arlene. Trabalho, Renda e Políticas Sociais: avanços e desafios. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003 – 2010**. ONU Mulheres. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPIA, 2011.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. p. 110-125. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1230/Guacira-Lopes-Louro-O-Corpo-Educado-pdf-rev.pdf?sequence=1>> Acesso em: 20 out. 2015.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

COOK, Rebecca J. **Direitos Humanos e Mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alyne**. 2014. Disponível em: <http://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2014.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; REIS, Suzéte da Silva. Aportes teóricos sobre a fundamentalidade dos direitos fundamentais e sociais. In: **Estado, política e direito: políticas públicas e direitos sociais**. Volume 3. Criciúma: UNESC, 2011.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *In: Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DIMOLIUS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

EDER, Klaus. A classe social tem importância no estudo dos movimentos sociais? Uma teoria do radicalismo da classe média. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 16 n. 46. 2001.

GOMES, Flávia Azevedo; MAMEDE; Marli Vilela; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da; NAKANO, Ana Márcia Spanó. **Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a04.pdf>> Acesso em 20 ago. 2015.

HENNING, Carlos Eduardo. **Interseccionalidade e pensamento feminista: contribuições históricas e debates contemporâneos**. 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307757682_ARQUIVO_HENNING,C.E.2010_ArtigoInterseccionalidadeePensamentoFeminista-1aversaofinal-enviadaparaCONLAB.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

HERINGER, Rosana; SILVA, Joselina da. Diversidade, relações raciais e étnicas e de gênero no Brasil contemporâneo. *In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). O Progresso das Mulheres no Brasil 2003 – 2010*. ONU Mulheres. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPIA, 2011.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *In: Revista de sociologia da USP - Tempo social*. 2014, vol.26, n.1, pp. 61-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/05.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Mai. 2014. Brasília: Ipea: SPI/MP, 2014.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *In: Caderno Saúde Pública*. vol.22 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100022>. Acesso em: 19 mai. 2015.

MATTAR, Laura Davis. **Desafios e Importância do Reconhecimento Jurídico dos Direitos Sexuais frente aos Direitos Reprodutivos**. São Paulo: FADUSP, 2004. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/Artigolauradavis\[1\].pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/Artigolauradavis[1].pdf)> Acesso em 20 ago. 2015.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades de direitos no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *In: Revista Interface (Botucatu)*. vol.16 no. 40 Botucatu Jan./Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100009&script=sci_arttext> Acesso em: 20 ago. 2015.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MORSE, Marcia Lait; FONSECA, Sandra Costa; BARBOSA, Mariane Doelinger; CALIL, Manuele Bonatto; EYER, Fernanda Pinella Carvalhal. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *In: Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, p.623-638, abr-2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2015.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de; SCHIRMER, Julia Barros. Caso Alyne Pimentel: Uma Análise à Luz da Abordagem Baseada em Direitos Humanos. *In: Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*. Fortaleza, Ceará. V. 12, N. 12. CDU. pp.11-22. 2012

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Maternal mortality in 1990-2013**: WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency. Group: Brazil. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/bra.pdf?ua=1> Acesso em: 04 jun. 2014. Acesso em: 19 mai. 2014.

ONU. **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women**. CEDAW, 49 session, Communication n. 17/2008. Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil. 2011. Disponível em: <http://www.worldcourts.com/cedaw/eng/decisions/2011.07.25_da_Silva_Pimentel_v_Brazil.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. **Declaração e Programa de Ação de Viena**. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. 1993. Disponível em: <[http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%](http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20)>

20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2015.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>> Acesso em: 04 out. 2015.

_____. United Nations Treaty Collection. **Databases**. Chapter IV: Human Rights. 8: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Disponível em: <https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en> Acesso em 20 out. 2015.

PAIXÃO, Marcelo. ROSSETTO, Irene; MONTOVANELE, Fabiana; CARVANO, Luiz Marcelo. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil, 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PIMENTEL, Silvia. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - Cedaw 1979. *In: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

PIOVESAN, Flávia. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. *In: Revista EMERJ*. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. P.70-89. v. 15, n. 57. 2012.

_____. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2014.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *In: Revista de Saúde Coletiva - Physis*. vol.21 no.3 Rio de Janeiro, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *In: Revista Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. p. 71-99, 1995,

SOUZA, Mércia Cardoso de. A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e suas implicações para o direito brasileiro. *In: Revista Eletrônica de Direito Internacional*. Belo Horizonte: CEDIN, 2009. pp. 346 – 386.

Disponível em:

<http://www.cedin.com.br/static/revistaeletronica/volume5/arquivos_pdf/sumario/mercia_cardoso.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância – Brasil. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979)**. Disponível em:

<http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10233.htm>. Acesso em: 07 set. 2015a.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**. Disponível em:

<http://www.unicef.pt/docs/os_objectivos_de_desenvolvimento_do_milenio.pdf>. Acesso em: 07 set. 2015b.

THOMÉ, Clarissa. Sai a primeira indenização federal por morte na gravidez. *In: Jornal Estadão*. São Paulo, 22 mar. 2014. Disponível em:

<<http://www.estadao.com.br/noticias/vida,sai-a-primeira-indenizacao-federal-por-morte-na-gravidez,1143950,0.htm>> Acesso em: 20 ago. 2015.

VENTURA, Mirian. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. *In: Revista Bioética*. V.16. n.2. p.217-228, 2008.

_____. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.

ANEXO

ANEXO A – RESPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (E-MAIL)

Dados do Pedido	
Protocolo	25820002085201522
Solicitante	Laiz Cechinel Gonçalves
Data de abertura	15/07/2015 00:10
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de atendimento	04/08/2015
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Quais são as políticas públicas atuais para o enfrentamento da mortalidade materna evitável?
Detalhamento	Quais são as políticas públicas atuais do governo federal para a promoção da maternidade segura e o enfrentamento da mortalidade materna evitável?
Dados da Resposta	
Data de resposta	30/07/2015 11:24
Tipo de resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	<p>Prezada Sr.^a Laiz,</p> <p>O Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) do Ministério da Saúde, em atenção ao pedido de Vossa Senhoria, nup 25820002085201522, dispõe das informações solicitadas, conforme esclarecimentos da área:</p> <p>Instituição e implementação da estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, através das portarias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011 - Institui a Rede Cegonha; 2. Portaria nº 1.473, de 24 de Junho de 2011 - Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. 3. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 - Dispõe sobre os Planos de Ação Regional (PAR); 4. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 -Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. 5. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013 - Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); 6. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 - Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e

dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

7. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 - Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

8. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 - Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).

9. Portaria GM/MS nº 961, de 22 de maio de 2013 - Inclui e altera valores dos procedimentos relacionados aos Bancos de Leite Humano e estabelece recursos financeiros do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios;

10. Portaria GM/MS nº 1153, de de 22 de maio de 2013 - Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Além das portarias foi elaborado pela ANVISA um manual sobre a Segurança do Paciente (segue em anexo).

ÁREA RESPONSÁVEL: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS

Na oportunidade, o Ministério da Saúde coloca-se à disposição de Vossa Senhoria sempre que necessário.

Atenciosamente,

Ministério da Saúde (MS)
Serviço de Informação ao Cidadão (SIC)

Classificação do Pedido

Categoria do pedido	Saúde
Subcategoria do pedido	Saúde da mulher
Número de perguntas	2

Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
15/07/2015 00:10	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
30/07/2015 11:24	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde