

**DIÁLOGO CONSTRUTIVO:
O REFLEXO DA ATUAÇÃO DA CEDAW
NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS
REPRODUTIVOS DA MULHER NO BRASIL**

Ana Beatriz de Mendonça Barroso

**EDIÇÕES
INESP**



ALECE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
DO ESTADO DO CEARÁ

DIÁLOGO CONSTRUTIVO:
O REFLEXO DA ATUAÇÃO DA CEDAW
NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS
REPRODUTIVOS DA MULHER NO BRASIL



Ana Beatriz de Mendonça Barroso

DIÁLOGO CONSTRUTIVO:
O REFLEXO DA ATUAÇÃO DA CEDAW
NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS
REPRODUTIVOS DA MULHER NO BRASIL

INESP

Fortaleza – Ceará

2026

Copyright © 2026 by Inesp
Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o
Desenvolvimento do Estado do Ceará – Inesp

João Milton Cunha de Miranda
Diretor-Executivo

Luiz Ernandes dos Santos do Carmo
Articulador

Valdemice Costa de Souza (Valdo)
Supervisão de Design

Igor Gonçalves Pinho
Assistente Editorial

Sandra Bastos Mesquita
Revisora Ortográfica

José Gotardo de Paula Freire Filho
Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

A responsabilidade das opiniões expressas nesta obra cabe a seu(s) autor(es).
Às Edições Inesp, compete tão somente diagramação, design gráfico e revisão ortográfica.

Edição Institucional da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará
VENDA E PROMOÇÃO PESSOAL PROIBIDAS

Catalogado por Daniele Sousa do Nascimento CRB-3/1023

B277d Barroso, Ana Beatriz de Mendonça.
Diálogo construtivo [livro eletrônico]: o reflexo da atuação da CEDAW na proteção dos direitos reprodutivos da mulher no Brasil / Ana Beatriz de Mendonça Barroso. – Fortaleza: INESP, 2026.
131 p. : il. ; 5.236 KB ; PDF
Inclui gráficos e tabelas.
ISBN: 978-65-6094-132-8
1. Mortalidade materna - Brasil. 2. Personalidade (Direito).
3. Direito Civil. I. Ceará. Assembleia Legislativa. Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado. II. Título.

CDD 342.1

Permitida a divulgação dos textos contidos neste livro,
desde que citados autores e fontes.

Inesp

Rua Barbosa de Freitas, 2674, Anexo II, 5º andar,
Assembleia Legislativa do Estado do Ceará,
bairro: Dionísio Torres, Fortaleza - CE, CEP: 60.170-174.
Telefone: (85) 3277-3702. | E-mail: inesp@al.ce.gov.br
Site: <https://www.al.ce.gov.br/paginas/instituto-de-estudos-e-pesquisas-sobre-o-desenvolvimento-do-ceara-inesp>

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus por me guiar e iluminar durante todos esses anos. Sou grata por todas as vitórias, bem como os momentos de dificuldade, pois a partir deles, Deus mostra-nos que sempre podemos ser melhores e que nunca estamos sozinhos.

Aos meus pais, Márcia Caracas e Cláudio Barroso, os responsáveis por me proporcionarem a vida e uma linda educação, sem medir esforços. Sou, extremamente, grata por todo o apoio e ensinamentos, obrigada por me mostrarem como batalhar para alcançar meus sonhos, saibam que todos os sacrifícios feitos por vocês, com o intuito de garantir o melhor para mim e meus irmãos, serão recompensados.

Agradeço aos meus avós e a toda minha família, pessoas essenciais na minha vida, sem vocês não teria conseguido chegar até aqui, obrigada por sempre acreditarem em mim e fazerem questão de demonstrar isso. Aos meus irmãos Matheus e Rodrigo, por sempre estarem ao meu lado, ajudando-me nos momentos em que mais precisei de apoio.

Gratidão a meus amigos, Débora Feitosa, Dayrine de Paula, Lisandra Madeiro, Lícia Lopes e Neto Matos, por me acompanharem por todos esses anos. O apoio e a amizade de vocês foram essenciais em todos os aspectos, obrigada por me ajudarem a vencer os obstáculos que vivenciamos todos esses anos.

Sou grata, também, a Amanda Lavôr e Lays Almeida, muito obrigada por todos esses anos, por todos os dias e noites em que sempre estivemos uma para as outras, cada opinião, conselhos, brigas, abraços e risadas fizeram toda a diferença. Obrigada por me acolherem em suas famílias e por fazerem parte da minha, Deus nos uniu e que assim permaneçamos.

À minha tia Ana Cláudia, mesmo não estando mais aqui, sei que sempre estará por perto. Obrigada por me incentivar e me mostrar que a vida é muito além do que imaginamos, foi minha companheira, confidente, melhor amiga e por permitir-me fazer parte da sua vida. Minhas conquistas são suas, minha eterna mentora!

À escolinha PF Surf School, muito obrigada por me mostrar os benefícios que o mar e o surf podem trazer para as nossas vidas, toda a mudança e os impactos positivos que obtive nestes meses, graças a essa

nova forma de viver, a cultura que tanto me alegrou e me proporcionou ver a vida de uma forma melhor e mais positiva.

Por fim, agradeço ao Professor Eduardo Girão, não apenas por me orientar nesse período de monografia, mas por me mostrar, desde o 3º semestre, o valor da docência e os impactos positivos que ela pode nos proporcionar. Obrigada por todo o apoio, incentivo e orientação dada, tanto na monitoria, grupo de pesquisa, como em todas as situações em que lhe pedi ajuda e conselhos. Gratidão por me direcionar nessa caminhada e acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditava. Espero um dia poder fazer a diferença como professora, igual ao senhor.

À professora Simone Trindade da Cunha pela orientação no processo de elaboração desse trabalho.

Agradeço, também, à Professora Mariana Dionísio por todo o suporte e direcionamento dado nesse último semestre. Obrigada por mostrar esse novo lado da pesquisa, é bom saber que temos com quem contar. Grata por, junto ao professor Eduardo Girão, ter criado o Projeto de Pesquisa Processo Civil e Proteção da Pessoa nas Relações Privadas (PROCIP), pois, em menos de seis meses, pude aprimorar meus conhecimentos, dentro da pesquisa. Espero contribuir com o grupo e dar o retorno devido. Contem comigo!

À banca examinadora pela disponibilidade, comentários e todas as valiosas contribuições oferecidas, sempre, na busca de uma melhor qualidade para este trabalho.

Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre.

Simone de Beauvoir

PALAVRA DO PRESIDENTE DA ALECE

A democracia não é um estado de maturidade nacional e institucional que se instala, e se preserva pela sua própria natureza, sem que precisemos nos manter vigilantes a fim de combater ataques e construí-la cotidianamente.

E como as gerações mudam, os jovens de hoje precisam aprender com os jovens de ontem que o Parlamento é a expressão mais fiel do poder democrático da população. Os debates, os perfis dos e das parlamentares, as leis produzidas, são resultados do que somos na nossa essência.

Manifesto gratidão aos meus pares, cujos votos me colocaram à frente do Legislativo cearense exatamente nesta celebração de 190 anos do Parlamento. Celebração que é o resultado da continuidade de um processo democrático iniciado em 1835, e é cheio de ranhuras, a exemplo de ditaduras, golpes, uma cruel pandemia, e o doloroso incêndio do Plenário 13 de Maio – o coração dos nossos mandatos. Ranhuras que vamos enfrentando, resistindo e nos reconstruindo com bravura.

Não somos mais a Província do Ceará. Contudo, não podemos esquecer, foi lá que o senador José Martiniano de Alencar plantou a semente da casa em que agora podemos ver germinar uma comissão temática dos direitos e defesas da mulher cearense – um marco moderno e necessário.

Portanto, com firmeza, gentileza, educação e ternura, respeitamos o passado, para construir um futuro melhor. A assembleia que chega aos 190 anos como uma das mais transparentes do país deverá trabalhar para ser a mais transparente do Brasil.

Porque nosso passado e nosso futuro é ousar. O Ceará, que é referência na educação brasileira, não vê fronteiras como barreiras, mas sim como desafios a serem superados. E seguiremos em frente. Tenham certeza.

Dep. Estadual Romeu Aldigueri
Presidente da Assembleia
Legislativa do Estado do Ceará

PREFÁCIO

O Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará (Inesp), criado em 1988, é um órgão técnico e científico de pesquisa, educação e memória. Ao idealizar e gerenciar projetos atuais que se alinhem às demandas legislativas e culturais do estado, objetiva ser referência no cenário nacional.

Durante seus mais de 30 anos de atuação, o Inesp prestou efetiva contribuição ao desenvolvimento do estado, assessorando, por meio de ações inovadoras, a Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (Alece). Dentre seus mais recentes projetos, destacam-se o Edições Inesp e o Edições Inesp Digital, que têm como objetivos editar livros, coletâneas de legislação e periódicos especializados. O Edições Inesp Digital obedece a um formato que facilita e amplia o acesso às publicações de forma sustentável e inclusiva. Além da produção, revisão e editoração de textos, ambos os projetos contam com um núcleo de design gráfico.

O Edições Inesp Digital já se consolidou. A demanda por suas publicações alcançou uma marca de 5 milhões de downloads. As estatísticas demonstram um crescente interesse nas publicações, com destaque para as de Literatura, Ensino, Legislação e História, estando a Constituição Estadual e o Regimento Interno entre os primeiros colocados.

Diálogo Construtivo: o reflexo da atuação da cedaw na proteção dos direitos reprodutivos da mulher no brasil é mais uma obra do diversificado catálogo de publicações do Edições Inesp Digital, que, direta ou indiretamente, colaboram para apresentar respostas às questões que afetam a vida do cidadão.

Prof. Dr. João Milton Cunha de Miranda
Diretor-Executivo do Inesp

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mortalidade materna advinda da violência obstétrica direta....	50
Figura 2 – Mortalidade materna advinda da violência obstétrica direta....	51
Figura 3 – Rendimento médio mensal por sexo no Brasil	54
Figura 4 – Rendimento médio mensal por sexo no Nordeste:.....	55
Figura 5 – Taxa de mortalidade materna nos anos em que foram proferidas recomendações pelo Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.....	64
Figura 6 – Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas no período dos anos de 1996, 1997 e 1998	67
Figura 7 - Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas nos anos de 2000, 2005 e 2006	68
Figura 8 - Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas, no período dos anos de 2003 a 2007 e 2016 ...	70
Figura 9 - Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas, no período dos anos de 2003 a 2007 e 2016 ...	71
Figura 10 - Número de óbitos maternos declarados por violência obstétrica nos anos de 2014 a setembro de 2018.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Qualidade da saúde	66
Quadro 2 – Qualidade dos hospitais públicos.	68
Quadro 3 – Satisfação no acesso à saúde pelo gênero masculino.....	69
Quadro 4 – Satisfação no acesso à saúde pelo gênero feminino.....	70
Quadro 5 – Resposta do Ministério Público quanto às Políticas Públicas adotadas para a saúde da mulher, no país, no período entre 1996 a outubro de 2018	78
Quadro 6 – Detalhamento do pagamento realizado pelo Governo brasileiro no caso Alyne	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEDAW - Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CRFB - Constituição da República Federativa do Brasil

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP/PE - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/Pernambuco

MIF - Mulheres em Idade Fértil

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PROASP - Programa de Assistência a Saúde Perinatal

PSF - Programa de Saúde Familiar

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

TJRJ - Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
INTRODUÇÃO	25
1 OS DIREITOS REPRODUTIVOS NA ESFERA NORMATIVA BRASILEIRA	31
1.1 Direitos da personalidade	31
1.2 Direito à autonomia sobre o próprio corpo	34
1.3 Direitos reprodutivos.....	38
2 A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E DE DIREITOS HUMANOS	43
2.1 A relevância social da mortalidade materna frente ao levantamento estatístico	44
2.2 A situação ideal versus a situação real das mulheres e das famílias de baixa renda brasileiras na efetivação dos direitos reprodutivos	52
3 ANÁLISE DE DADOS: AS RECOMENDAÇÕES DA CEDAW SÃO APLICÁVEIS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	57
3.1 Recomendações da CEDAW sobre os direitos humanos das mulheres e a eficácia do Estado Brasileiro em cumpri-las	59
3.2 Levantamento de dados sobre a saúde pública no Brasil	65
3.3 Políticas Públicas voltadas à proteção aos direitos da mulher.....	72
4 CASO ALYNE PIMENTEL VERSUS BRASIL	83
4.1 Identificação do caso fático	83
4.2 Ação interposta no Judiciário Brasileiro X Comunicação a CEDAW ...	86
4.2.1 <i>Decisão do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e os seus impactos na atuação do Estado brasileiro</i>	<i>88</i>
4.2.2 <i>Reparações realizadas no caso Alyne versus Brasil</i>	<i>91</i>
4.2.3 <i>Recomendações da CEDAW ao caso e a resposta do Governo brasileiro ...</i>	<i>94</i>

CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	113
Anexo A – Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes	113
Anexo B – Resposta ao requerimento pelo Ministério da Saúde	120
Anexo C – Acordo Extrajudicial entre o Governo Brasileiro e Maria de Lourdes da Silva Pimentel	124
Anexo D - Cópia da ordem de pagamento (memorando nº29/2014-CGEOF/SGPDH/SDH-PR, de 18 de março de 2014)...	129

APRESENTAÇÃO

A morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mulher negra de 28 anos, grávida de seis meses, em um hospital público do Rio de Janeiro, em 2002, tornou-se um marco jurídico internacional. Nove anos depois, o Brasil seria o primeiro país condenado por morte materna evitável, perante um órgão de tratado internacional. Esse caso paradigmático serviu de fio condutor para a obra “Diálogo Construtivo: o reflexo da atuação da CEDAW na proteção dos direitos reprodutivos da mulher no Brasil”, da professora Ana Beatriz de Mendonça Barroso, que examina, com rigor metodológico e profundidade analítica, a persistente violação de direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, mesmo diante de um aparato normativo e institucional robusto.

A professora Ana Beatriz de Mendonça Barroso traz para essa análise uma formação acadêmica sólida e experiência diversificada. Tive o privilégio de acompanhar sua trajetória, desde os primeiros passos na graduação em Direito, na UNIFOR, quando demonstrou, como aluna, pesquisadora e monitora, uma combinação rara de vocação intelectual, curiosidade investigativa e determinação. Como seu orientador, pude testemunhar seu crescimento, a cada desafio enfrentado, características que hoje se refletem em sua atuação profissional. Mestre em Direito Constitucional nas Relações Privadas pela Universidade de Fortaleza, com pesquisa financiada pela FUNCAP, a autora combina rigor acadêmico com visão prática do sistema jurídico-político brasileiro. Sua atuação como professora convidada, na Pós-Graduação em Processo Civil da UNIFOR e na Escola Superior do Parlamento Cearense (UNIPACE), aliada à experiência como Assessora Jurídica na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, confere-lhe perspectiva aguçada sobre a formulação e implementação de políticas públicas. Sua trajetória como pesquisadora em projetos de pesquisa empírica em Direito e jurimetria explica a abordagem metodológica adotada na obra, que transcende a análise puramente teórica para incorporar dados estatísticos e documentais que revelam a realidade das mulheres brasileiras.

A obra se estrutura em quatro capítulos que constroem, progressivamente, um diagnóstico preciso e preocupante. O primeiro capítulo estabelece as bases conceituais, explorando os direitos da personalidade, a autonomia sobre o próprio corpo e os direitos reprodutivos na ordem jurídica brasileira. O segundo capítulo confronta o leitor com



dados alarmantes: entre 1996 e 2018, período analisado, o Brasil registrou, consistentemente, altas taxas de mortalidade materna, com 1.149 mortes por violência obstétrica direta, em 1996 e 929, em setembro de 2018 - uma redução insuficiente, após mais de duas décadas. O terceiro capítulo examina as recomendações do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) e a capacidade estrutural do Brasil de implementá-las. O quarto capítulo dedica-se ao caso *Alyne versus Brasil*, analisando desde a ação civil ajuizada no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro até a condenação internacional e suas repercussões.

A metodologia empregada é um dos pontos fortes da obra. A autora utilizou múltiplas fontes de dados: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), painéis de monitoramento do Ministério da Saúde, bases do IBGE e Latinobarómetro. Particularmente, relevante foi o uso da Lei de Acesso à Informação para obter do Ministério da Saúde o mapeamento de 22 políticas públicas voltadas à saúde da mulher, implementadas entre 1996 e 2018. Essa abordagem empírica revela uma descoberta perturbadora: apesar da proliferação de programas governamentais - desde o PAISM (1983) até a Rede Cegonha (2011) -, as taxas de mortalidade materna permanecem elevadas, especialmente, entre mulheres negras e pobres.

A análise do “diálogo construtivo” entre o CEDAW e o Estado brasileiro é, especialmente, esclarecedora. A autora demonstra que, entre 2003 e 2012, o Comitê, reiteradamente, expressou preocupações sobre as mesmas questões: elevadas taxas de mortalidade materna, abortos inseguros, acesso desigual aos serviços de saúde, e discriminação contra mulheres pobres e negras. As recomendações repetem-se porque os problemas persistem. O caso *Alyne* exemplifica, tragicamente, esta realidade: uma mulher negra, pobre, que peregrina por hospitais, enfrenta negligência médica, espera oito horas por uma ambulância, em estado crítico, e morre de hemorragia pós-parto - causa evitável com assistência adequada.

Entre as contribuições mais significativas da obra está a demonstração de que o problema não reside na ausência de normas ou políticas públicas, mas em sua execução deficiente e na persistência de discriminações estruturais. A autora identifica, com precisão, os fatores que perpetuam a violência obstétrica: formação inadequada dos profissionais de saúde, naturalização da violência contra mulheres pobres e negras, subfinanciamento do SUS, e ausência de responsabilização efeti-



va. O acordo extrajudicial de US\$ 55.537,00 pagos pelo Estado brasileiro à mãe de Alyne, embora simbolicamente importante, não alterou a realidade estrutural que vitima milhares de mulheres anualmente.

A obra, também, inova ao aplicar o conceito de interseccionalidade à análise da mortalidade materna. Os dados apresentados demonstram que não se trata, apenas, de uma questão de gênero, mas de uma convergência perversa de discriminações de gênero, raça e classe. Mulheres negras têm probabilidade, significativamente, maior de morrer durante a gravidez, parto ou puerpério. A pesquisa do Latinobarómetro, citada na obra, indica que 56% das mulheres entrevistadas, em 2016, estavam insatisfeitas com os serviços de saúde, percentual que se eleva quando consideradas, apenas, mulheres negras e de baixa renda.

Esta obra é leitura obrigatória para profissionais do Direito - juízes, promotores, defensores públicos e advogados; oferece fundamentação jurídica sólida para litígios, envolvendo direitos reprodutivos e responsabilização do Estado. Para gestores públicos e formuladores de políticas, apresenta diagnóstico baseado em evidências sobre as falhas sistêmicas a serem enfrentadas. Para profissionais de saúde, especialmente, obstetras e enfermeiros obstétricos, proporciona compreensão sobre a dimensão jurídica e ética de suas práticas. Para pesquisadores, estabelece modelo metodológico robusto para investigação de violações de direitos humanos. Para ativistas e organizações da sociedade civil, fornece argumentos e dados para *advocacy* e mobilização social.

A atualidade da obra é notória. O Brasil registra uma morte materna a cada 20 horas, mulheres continuam sendo submetidas a episiotomias sem consentimento, cesarianas desnecessárias e comentários humilhantes durante o trabalho de parto, o racismo obstétrico segue vitimando mulheres negras, desproporcionalmente, e, nesse contexto social, esta obra permanece urgente e necessária. A professora Ana Beatriz de Mendonça Barroso não oferece soluções fáceis ou otimismo infundado. Ao contrário, seu trabalho é um chamado à ação, baseado em evidências sólidas e análise jurídica rigorosa.

“Diálogo Construtivo” transcende o estudo de caso para tornar-se documento essencial sobre a efetividade dos direitos humanos no Brasil. A autora demonstra que o diálogo entre instâncias internacionais e o Estado brasileiro, embora formalmente existente, não tem sido, suficientemente, construtivo para alterar a realidade de violação sistêmica dos direitos reprodutivos. Como bem escolheu a autora ao abrir sua obra com as palavras de Simone de Beauvoir: “Que nada nos



defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância”. Este livro nos confronta com uma verdade incômoda: em pleno século XXI, o Estado brasileiro continua falhando em garantir que mulheres possam exercer sua liberdade fundamental de gestar e parir com dignidade e segurança. Que a leitura inspire, não apenas reflexão acadêmica, mas transformação concreta nas políticas e práticas que determinam se mulheres brasileiras viverão ou morrerão no exercício de seus direitos reprodutivos.

Eduardo Régis Girão de Castro Pinto
Doutor em Direito Constitucional pela
Universidade de Fortaleza e
Professor do Centro de Ciências
Jurídicas e Pós-Graduação da UNIFOR



INTRODUÇÃO

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, meados do século XX, ampliou-se o debate quanto aos direitos humanos, tanto nos setores nacionais quanto internacionais. Foram postos em pauta assuntos envolvendo os direitos das mulheres e suas garantias, assim, além de tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, outros institutos foram desenvolvidos para salvaguardar os direitos da classe, sendo esse o caso da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979.

Denota-se, portanto, a importância de órgãos iguais a esse para a promoção da efetivação dos direitos da mulher e princípio da dignidade da pessoa humana, pois, vê-se que, às vezes, o ordenamento de um determinado território ou o próprio Estado não proporcionam, de forma eficaz, a proteção devida. Sendo assim, a atuação do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher é imprescindível para a verificação do respeito às normas da Convenção. Portanto, no caso do Comitê, a sua fiscalização decorre na expedição de recomendações aos países que lhe são signatários.

Com a ratificação do Brasil pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, em 1984, e ao fazer parte do Protocolo Facultativo Adicional à Convenção em 2002, o Estado brasileiro tornou-se signatário e assumiu a responsabilidade de garantir os mais diversos direitos à mulher.

Diante disso, no ano de 2007, a CEDAW recebeu um caso de grande repercussão envolvendo o Brasil, pois foi a primeira decisão internacional, envolvendo óbito materno de uma mulher de 28 anos, negra, pobre, grávida do seu segundo filho, chamada Alyne da Silva Pimentel Teixeira.

Conforme Comunicação nº 17/2008 submetida, no dia 20 de novembro de 2007, ao Comitê, por Maria de Loudes da Silva Pimentel, mãe de Alyne, representada pelo *Center For Reproductive Rights* e a Advocacia Cidadã, o óbito decorreu de violência obstétrica e omissão do Estado brasileiro, na garantia de devido acesso ao sistema de saúde (público e privado). Além disso, suscitaram a violação do direito à saúde, vida e acesso à justiça, devido à negligência, tanto no ambiente médico, quanto ao andamento do processo judicial ajuizado na Jus-



tiça Estadual do Rio de Janeiro, em 30 de novembro de 2002, com o intuito de obter reparação moral e material contra o Estado. Diante da omissão pelo Estado brasileiro, a comissão decidiu por responsabilizá-lo por violações à convenção de eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, descrevendo recomendações e sugestões ao país, que respondeu por meio de relatórios descrevendo todo o caso e as medidas tomadas, como implementação de políticas públicas, ações, seminários e reparações indenizatórias e simbólicas à mãe e filha de Alyne.

Na perspectiva desse direito, tem-se o instituto dos direitos reprodutivos, um conceito com pouca valoração democrática em sua formação para garantir à mulher a liberdade de uso do seu próprio corpo. Assim, a perspectiva transpassada por esse direito nos remete, inclusive, à salvaguarda aos direitos da personalidade, aos direitos inerentes ao ser humano que demandam uma proteção diferenciada e eficaz.

A problemática dos direitos reprodutivos consiste na necessidade de compreensão da existência de uma liberdade de disposição do próprio corpo e tomada de decisão livre, por exemplo, sobre querer ou não ter filhos. Contudo, por tratar-se de um direito à saúde, é necessária a promoção de medidas para que, independente, da decisão tomada pela mulher, o seu direito seja resguardado e garantido, com o devido acesso à saúde e à assistência médica integral.

Este suporte é de suma importância em casos envolvendo mulheres grávidas, uma vez que os riscos são maiores e há a necessidade de um melhor acompanhamento, em razão das consequências advindas em caso de precariedade de prestação do serviço, sendo uma delas o crescimento das taxas de mortalidade materna.

De acordo com um levantamento realizado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, foi verificado no Brasil, em 2015, o óbito materno de 1.670 mulheres, entretanto, conforme nota técnica produzida pela Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (BRASIL, 2017), tal pesquisa teve como base as causas advindas de gravidez, tal como, parto e puerpério, HIV, mola hidatiforme maligna ou invasiva ou necrose hipofisária pós-parto, osteomalácia puerperal, tétano obstétrico ou transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério.

Observa-se que não foram considerados todos os fatores que podem incidir no índice da mortalidade materna. Entre eles, pode-se conside-



rar, também, a omissão na prestação de serviços por hospitais ou centros de saúde, tanto privados quanto públicos, conforme caso “Alyne *versus* Brasil”, acima citado. Logo, vê-se que tais números levantados podem ser ainda maiores.

Desta forma, no decorrer deste trabalho monográfico, responde-se a determinados questionamentos, tais quais: como se dá a proteção internacional dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras no CEDAW? O Estado brasileiro pune algum tipo de discriminação às mulheres em razão do exercício de direitos reprodutivos e quais medidas são tomadas para reverter essa situação? Se há atuação pelo Estado brasileiro, são elas eficazes? O que o caso “Alyne *versus* Brasil” revelou sobre a interação entre o sistema de proteção internacional e o ordenamento jurídico brasileiro?

A justificativa para este trabalho está na importância e necessidade da análise do processo de garantia aos direitos reprodutivos e da eficácia das medidas internacionais entre o direito interno, uma vez que o próprio Estado se comprometeu a respeitar e efetivar os direitos humanos ratificados, para que se garanta à mulher o direito fundamental à dignidade humana, tanto no contexto individual, bem como no âmbito social, para que haja avanços pela minoração da discriminação e seja assimilada pela sociedade a máxima de que “o nosso corpo nos pertence”.

Tem-se, então, como objetivo geral averiguar se o Brasil possui condições estruturais e institucionais de cumprir com as recomendações do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) para a proteção dos direitos humanos das mulheres, bem como analisar a concepção dos direitos reprodutivos, investigando se o ordenamento jurídico brasileiro e as instituições de defesa do país protegem esses direitos, se sim, de que modo o fazem. Por fim, verificar a interação entre o sistema de proteção internacional e o ordenamento brasileiro, com a análise do caso já citado, “Alyne *versus* Brasil”.

Em relação aos aspectos metodológicos, as hipóteses foram investigadas por meio de pesquisa bibliográfica e documental, pelo uso de referências teóricas como livros, artigos científicos, documentos de órgãos internacionais e normas. Ainda, esta será empírica, de modo a complementar a finalidade mencionada, mediante o uso de banco de dados como o IBGE, Painéis de monitoramento do Ministério da Saúde, organizações sem fins lucrativos como o Latinobarómetro.



Todos estes foram acessados nos seus sites eletrônicos, sendo utilizado o sistema de busca, bem como os indicadores usados foram, previamente, avaliados, e descritos também em caso de descarte. Os resultados obtidos foram contabilizados e manuseados pela ferramenta Excel, posteriormente, foram compilados e resumidos em gráficos ou tabelas criadas no próprio Word, considerando como termo inicial o ano de 1996, período em que foi instituída a Lei de Planejamento Familiar, até setembro de 2018, proporcionando boa periodização de análise.

Além da análise teórica, foi necessária uma análise complementar, a partir da verificação dos relatórios produzidos pelo Estado brasileiro como forma de comunicação com o Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, para demonstrar o respeito às normas da Convenção e das recomendações realizadas pelo Comitê do Estado signatário, construindo-se, assim, um diálogo construtivo entre essas partes. Os dados e informações não encontrados ou contabilizados nas bases de dados mencionadas, foram requeridas, via solicitação pontual, por sistema de acesso à informação, tal como foi feito com o Ministério da Saúde e o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, que não se manifestou até então.

A abordagem é qualitativa, procurando aprofundar e abranger as ações e relações humanas, observando os fenômenos sociais de maneira intensiva. Quanto aos objetivos, a pesquisa é descritiva, buscando descrever os fenômenos, descobrir a frequência com que o fato acontece, sua natureza e suas características; e exploratória, procurando aprimorar e obter mais informações sobre o tema em questão.

No primeiro capítulo, busca-se fazer uma abordagem sobre o conceito, os elementos e as características dos direitos de personalidade, formando, assim, uma base para adquirir uma noção de direitos à autonomia sobre o próprio corpo e direitos reprodutivos na esfera normativa brasileira.

No segundo capítulo, trabalha-se a mortalidade materna, consequência advinda de ameaças ou violações aos direitos reprodutivos, dando-se enfoque na violência obstétrica, pois, mediante a amostra de dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, considerando o lapso temporal janeiro de 1996 a setembro de 2018 e estabelecendo como delimitação territorial o Brasil, região Nordeste, estado do Ceará



e o município de Fortaleza foram percebidos altos índices de mortes maternas. Assim, o quantitativo dos dados foi resumido em gráficos gerados com as informações obtidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Além disso, aborda-se a situação de mulheres e famílias brasileiras de baixa renda, relacionada com a efetivação dos direitos reprodutivos, estabelecendo um parâmetro de comparação com a situação ideal, pois, será demonstrado que os impactos de gênero, sociais, raciais e econômicos no Brasil possuem grandes influências na prestação dos serviços de saúde, principalmente, quando se trata de direitos reprodutivos. Com isso, utilizar-se-á gráficos com dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no sítio eletrônico <https://www.ibge.gov.br/>, que mostram o rendimento médio mensal por sexo entre o 3º trimestre de 2017 ao 2º trimestre de 2018, relacionando empobrecimento com gestação no país

No terceiro capítulo, faz-se uma análise de dados para serem verificadas se as recomendações do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher são aplicáveis no contexto da saúde pública brasileira. Comenta-se quanto às essas recomendações, mais, especificadamente, no contexto dos direitos humanos da mulher, ressaltando dados levantados sobre a saúde pública brasileira, obtidos no sítio da organização internacional Latinobarómetro. Abordam-se quais Políticas Públicas são voltadas à proteção aos direitos humanos da mulher, bem como, nos casos de necessidade, o Estado brasileiro possui as ferramentas suficientes para cumprir as mencionadas recomendações.

No quarto capítulo, debate-se o caso julgado pela CEDAW, “Alyne versus Brasil”, fazendo a identificação do caso fático, analisando a ação cível ajuizada perante a justiça comum, as reparações financeiras e simbólicas feitas pela parte, à mãe e a filha Alyne e, por fim, verifica-se a atuação do Comitê, sempre manifestando suas recomendações e mostrando a necessidade de mudanças.

Debate-se, ainda, neste capítulo, a proteção internacional das violações a esses direitos, em razão das dimensões do assunto e a presença nos debates referentes aos direitos humanos e o respeito à dignidade da pessoa humana, observando questões de gênero.



1 OS DIREITOS REPRODUTIVOS NA ESFERA NORMATIVA BRASILEIRA

Os direitos voltados à pessoa são foco da proteção pelo ordenamento jurídico brasileiro, haja vista que a Constituição da República Federativa do Brasil possui grande amparo principiológico, demandando posturas que assegurem a tutela desses. Assim, deve ser feita uma análise dessa proteção, pois, segundo Moraes e Castro (2014, p.809), é necessário problematizar a amplitude da tutela disposta a certos direitos e valores, em razão de fatores externos, como sociedade e vontade privada do titular de direito, que influenciam nessa percepção e proporcionam impactos perante o seu exercício.

Diante disso, nesse capítulo discorrem-se, conceitualmente, quanto aos direitos previstos na Constituição, bem como em normas esparsas nacionais e internacionais que abordam atribuições inerentes ao ser humano. Falar-se-á sobre direitos de personalidade e qual o impacto do seu exercício frente a uma determinada sociedade, considerando as normas jurídicas brasileiras.

Aprofunda-se o tema quanto ao direito à autonomia sobre o próprio corpo, na perspectiva feminina, e a relação desses conceitos com a aceitação de direitos reprodutivos como direitos humanos. Demonstrando o amparo nos ramos sociais, jurídico, médico e ético, pois, sabe-se que questões feministas que demandam uma efetivação refletem na dignidade social, resultando em posicionamentos e ações políticas e jurídicas que podem ser definitivas para a defesa tanto dos titulares quanto dos direitos em si.

1.1 Direitos da personalidade

Os direitos de personalidade são reflexos dos diversos valores inerentes ao ser humano, logo, muitos podem ser os direitos a serem violados na sociedade. Devido à inconstância das circunstâncias humanas, em razão das inúmeras situações cotidianas as quais estamos expostos, percebe-se que as lesões ou ameaças que venham a atingir o homem podem não ser abarcadas pela proteção legislativa, resultando em um leque extenso de possibilidades de direitos que estão além da codificação positiva.



Os direitos de personalidade, conforme aponta Ramos (2010, p.04), são os que afetam a personalidade humana, de forma direta ou indireta, e que o seu exercício advém da pessoa que está sendo violada, ou seja, há relação com a capacidade dessas pessoas ou com os direitos pessoais que estão constitucionalmente previstos, pois, sendo considerados inerentes à pessoa, garantem a esses sua posição como direitos fundamentais.

Tidos como direitos fundamentais, os direitos de personalidade não se verificam, expressamente, entre os incisos do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, mas são, tendo em vista a necessidade de proteção da Dignidade da Pessoa Humana, princípio e fundamento constitucional da república, nos termos do art. 1º, III, da CRFB.

O respeito máximo do ser humano tal como ele é está intrínseco na dignidade da pessoa humana, logo, mesmo sendo um termo abrangente, abarca a valoração máxima, enquanto os demais direitos não possuem respaldo e notoriedade suficientes no ordenamento brasileiro ou na ordem internacional.

Os direitos de personalidade, conforme Araújo (2011, p.02), compreendem-se por “direitos próprios da pessoa em si, ou seja, originários do homem, com o seu nascimento, e aqueles referente à projeção dos direitos de ordem moral e social do homem nas relações exteriores”.

Diversos são os entendimentos doutrinários quanto às possíveis especificações dos direitos de personalidade, devido à essencialidade desses direitos. Schreiber (2014, p.06) aponta que a personalidade deve ser compreendida em dois aspectos, o subjetivo e o objetivo, aquele é identificado com a capacidade que a pessoa tem de ser titular de direitos e obrigações, já o objetivo tem a personalidade como conjunto de características e atributos da pessoa humana, sendo esse um objeto de proteção do ordenamento jurídico, logo, nele se encontrariam os direitos de personalidade.

O autor aponta, contudo, que no critério objetivo constam os direitos da personalidade, não sendo este um pensamento coerente, pois esses atributos inerentes ao homem necessitam dessa capacidade e titularidade, logo, seria mais adequada a consideração de ambos os aspectos como moduladores dos direitos de personalidade.

Ainda, em razão dos numerosos estudos quanto a esta seção de direitos, outras divisões foram construídas, mas é válido mencionar a sis-



tematização elaborada por Araújo (2011, p. 03), na qual os direitos de personalidade constam em duas categorias gerais, direitos adquiridos e inatos. Os adquiridos existem no limite do direito que lhes atribui, já os inatos são condições inerentes à pessoa titular do direito, sendo caracterizados, como absolutas, oponíveis *erga omnes* e irrenunciáveis.

Assim, é possível observar uma relação entre ambas as ramificações justificadoras dos direitos de personalidade, pois, tratando-se de direitos com carga dita subjetiva e objetiva, serão adquiridos devido a sua configuração como direitos, ou seja, a necessidade de sua proteção, dependendo da capacidade da pessoa como titular de direitos, advindos de atributos inatos ao ser humano.

Dito isso, é inegável que a personalidade se volta para aspectos intrínsecos de uma pessoa. Direitos da personalidade são o direito à vida, à honra, à integridade física e psicológica, etc. Logo, diversos são os direitos de personalidade e no decorrer da evolução da sociedade, com a concepção do peso que as ordens morais e sociais possuem e são capazes de interferir na personalidade humana, mais aprimorado fica o estudo de quais direitos foram lesados ou ameaçados.

Assim sendo, direitos não expressos no Código Civil do artigo 11 ao 21 e estão ganhando notoriedade, devido ao amparo constitucional dos princípios e direitos fundamentais, tão importantes para o devido resguardo dos ditos direitos dos homens.

Dentro desse ramo, explica França (1975 *apud* AZEVEDO, 2012, p.32), podem ser formados grupos organizadores desses direitos da personalidade em direito à integridade física, intelectual e moral. Assim, observa-se, nos três grupos, a presença da expressão integridade, o que ressalta a importância dada à defesa desses direitos. Com o amparo dado pelo ordenamento jurídico não pode ser considerado como único apoio de resguardo, pois tais direitos não são passíveis de limitação, devido a sua extensão e ao reflexo na sociedade.

Nesse entendimento, expressa Schreiber (2014, p.226) que “tratar dos direitos da personalidade de modo regulamentar, com normas casuísticas, fechadas, é extremamente perigoso” e como fundamento ele aborda três razões; a primeira de que os direitos constitucionais não podem ser limitados de forma indevida pelo legislador. Segundo, são amplas as situações ameaçadoras aos direitos de personalidade e, por fim, é comum a colisão da proteção dos direitos de personalidade com



a tutela de outros direitos constitucionais, demandando uma ponderação entre esses interesses.

Nessa perspectiva, não se pode limitar ou determinar quais seriam os direitos da personalidade, apenas, com o que está escrito em lei, resultaria em uma restrição social, ameaçando a busca por uma tutela eficaz dos citados atributos inatos ao homem, devido à evolução na qual vivemos, trazendo novos meios de violação, demandando essa incessante tutela.

Essa tutela não significa a junção dos direitos de personalidade e o seu tratamento como um grupo normativo fechado, pois a regulamentação restrita desses direitos pode ser prejudicial e gerar consequências contínuas, devido aos impasses que poderiam se encontrar no caminho para efetivação da proteção desses direitos.

Deste modo, Araújo (2011, p.04) é sensata ao frisar sobre a ideia de um direito de personalidade acarretar desvantagens, devido a sua extensão, pois manuseá-lo se torna mais difícil, bem como sempre haverá consequências que surpreenderão terceiros, devido a dificuldade de lidar com a situação.

1.2 Direito à autonomia sobre o próprio corpo

Dentre os direitos de personalidade tutelados pelo Código Civil de 2002, muito se respalda quanto ao direito de autonomia sobre o próprio corpo e quanto à efetivação deste direito, devido às diversas vertentes e aos entendimentos que o seu exercício propõe, principalmente, quando posta frente ao modelo social que o titular vivencia.

A compreensão de autonomia se desenvolve em concomitância com o conceito de liberdade, pois ao indivíduo se deve garantir o direito de se estabelecer e manifestar perante os demais, mas dentro dos conceitos sociais, em razão de que, conforme bem expõe Moraes e Castro (2015, p.783), “a autonomia, atualmente, cumpre o papel de guiar as relações sociais de tal modo que o reconhecimento recíproco da condição de sujeitos torne possível que a sociedade goze democraticamente de esferas autônomas de desenvolvimento pessoal”.

Portanto, não há autonomia por completo, em face de restrições vinculadas tanto à lei como aos costumes sociais. Logo, mesmo o indi-



víduo reproduzindo sua vontade privada, a sua liberdade, intimidade e individualidade deverão ser os direitos pensados, de modo a se adequarem ao mundo externo.

Antes de ser um direito previsto em lei, não havia no Código Civil de 1916 disposições concretas sobre autonomia do próprio corpo, apenas, se dispunha quanto ao início e término do direito de personalidade, da capacidade civil do homem de produzir atos e fatos na sociedade. Apenas com o Código Civil de 2002 esse direito foi melhor disposto. O artigo 13 desse Código trata, intimamente, das questões voltadas a autonomia, da disposição da integridade física da pessoa.

Devido à tentativa de enquadrar tais conceitos no social comum, algumas vedações são impostas com o intuito de manter a integridade física do titular do direito e evitar violação aos bons costumes. Por isso, conforme Konder (2013, p.360), esse dispositivo normativo “consegue conjugar as três vertentes de discursos restritivas: a naturalização, a medicalização e a moralização”. Comprova-se, então, a impossibilidade do exercício de forma integral da disposição do próprio corpo.

Essa relação do exercício ao direito de autonomia sobre o próprio corpo vem sendo estudada há bastante tempo, contudo, foi desenvolvida nova ciência, a bioética que trata de tudo envolvendo a autonomia do corpo, bem como questões valorativas e morais, como são os casos de aborto, doação de órgãos, eutanásia, inseminação in vitro, tratamentos médicos etc., segundo Gogliano (2000, p.116).

Essas questões são vistas dentro daquelas vertentes de discursos restritivos, pois, será analisado o fato envolvendo a disposição de um corpo sob a perspectiva médica e ética para que essa pessoa possa manter sua dignidade humana. Conforme Moraes e Castro (2014, p.797), na aplicação do disposto no artigo 13 do Código Civil, ponderam-se os interesses contrapostos no caso concreto com base no princípio da dignidade da pessoa humana, devido a sua característica de princípio limitador na legalidade constitucional. Assim, a tutela desse direito dar-se-á frente a atos de terceiros, bem como dos promovidos pelo próprio titular sobre seu corpo. Observa-se, então, a interferência na liberdade mencionada, em razão da ampliação dos imperativos protetivos da tutela dos direitos de personalidade.

Como dito, a concepção de corpo foi aprimorada de acordo com o desenvolvimento social. Assim, além de se relacionar com liberdade, conecta-se com a ideia de privacidade. O corpo em si, no seu sentido fi-



sico, teve parâmetros de aceitação diferenciados na sociedade e dentro da perspectiva de corpo, encontra-se o gênero, masculino ou feminino.

A privacidade é dita como direito fundamental pela Constituição Federal e é tutelada pelo Código Civil, e nas palavras de Teixeira e Konder (2010, p.07), “vem sendo defendida como uma cláusula geral de tutela da autodeterminação quanto às escolhas existenciais”, portanto, dar-se-á à pessoa a possibilidade de se manifestar, de acordo com sua vontade. Contudo, a depender da situação que necessite desta autodeterminação, haverá restrições ou desconfortos sociais.

Ainda no entendimento desses autores, o Estado, legisladores e terceiros interferem na vontade individual da pessoa, pois a dignidade da pessoa humana é um dos escopos da República Federativa do Brasil, desconsiderando, então, a intimidade das escolhas dela. Para tanto, ressalta-se que a expansão dessas intervenções na autonomia privada de um ser humano pode acarretar riscos, por mais que seus fundamentos sejam de intuito protetivo, pois impulsiona o desequilíbrio, no exercício de direitos fundamentais assegurados em lei, além de ocasionar dúvidas no titular da autonomia, quanto à propriedade sobre o seu próprio corpo. Demonstrando-nos que “nem mesmo as esferas mais íntimas escapam a invasões” (RODOTÁ, 2004, p. 93).

As questões de gênero são uma das principais referências nos casos de limitação da autodeterminação da vontade quanto às escolhas existenciais. Como exposto, na época do Código Civil de 1916, não havia respaldo à autonomia sobre o próprio corpo, apenas discussão quanto ao início da personalidade do ser humano. Entretanto, as mulheres, em específico, as casadas, eram consideradas naquelas normas como pessoas, relativamente, incapazes a certos atos ou à maneira de exercê-los. Ao invés de ter autonomia de si devido à responsabilidade que advém da caracterização deste direito, como ato de autoafirmação, era do “cuidado” do cônjuge decidir e determinar a vontade da esposa.

No livro *Histórias Íntimas, Sexualidade e Erotismo Na História Do Brasil*, Mary DelPriore (2011, p.108) se debruça quanto às questões do corpo feminino, o entendimento da mulher perante ele, a visão da medicina e os reflexos da religião no desenvolvimento desta autonomia. Explica que o corpo feminino foi posicionado como um objeto erótico e que a elas foram impostos produtos e conceitos narcisistas, tudo com intuito de agrado ao marido e criação de sentimento de satisfação perante a sociedade. Aponta Mary Del Priore (2011,p.160) que “a mulher ideal era definida, a partir dos modelos femininos tradicionais – ocupações domésticas e o



cuidado dos filhos e do marido – e das características próprias da feminilidade, como instinto materno, pureza, resignação e doçura”.

Assim, muitas questões eram ligadas às mulheres, mas delas, apenas, se esperava o que desejava a sociedade, qualquer passo, em falso, desencadeava a vergonha social, resultando no fim da dignidade daquelas mulheres que dispunham de um corpo de utilidades diversas e compreensões amplas, mas que não podiam exercer o direito sobre ele, pois as demais pessoas tinham essa titularidade.

Denota-se, então, um padrão esperado de conduta, a depender do gênero da pessoa. De acordo com Barboza e Almeida Junior (2017, p.244), em estudo baseado no entendimento de Stefano Rodotà, foram impostas às mulheres diversas restrições legais e sociais, reduzindo a compreensão do seu próprio corpo, principalmente, em casos de sexualidade e reprodução.

Mencionam o peso que a distinção de gênero tem na dignidade social e que a violação aos direitos ao corpo da mulher “abrange amplo espectro de ações, que vão desde a violência física, que acarreta mortes, mutilações e/ou invalidez, em muitos casos, até a desconsideração de sua autonomia, sob os mais variados argumentos, não raro com amparo legal” (BARBOZA; ALMEIDA JÚNIOR, 2017, p.248).

Percebem-se as limitações e o controle na disposição do corpo das mulheres, impostos, até hoje, na sua imagem, nas vestimentas, em contextos mais críticos como aborto e planejamento familiar. Quaisquer atos considerados descuidados motivam debates sociais intensos, com divergências de pensamentos que podem resultar, tanto no avanço social para uma garantia de igualdade, tal como em outras restrições que geram desconfortos para aqueles que veem seu direito se esvaír por decisões não advindas de sua própria vontade, mas sim, de terceiros, ditos representantes da tutela dos direitos das pessoas.

Diante disso, resta-se questionar qual a função desse corpo a nós é assegurada uma autonomia, qual seria a função dessa autonomia e se há realmente uma liberdade e propriedade sob o corpo. Mas, deve-se perguntar primeiro, segundo Telles (2009, p.672) se é “possível que uma vítima do preconceito escolha e aceite o trabalho que lhe cabe sem preconceito?”.

Estes questionamentos continuam os mesmos, o que muda é a compreensão promovida na sociedade e quais serão os resultados desses posicionamentos. Os reflexos dão-se em vários contextos sociais, principal-



mente, quando se trata de disposição do corpo da mulher, a nós resta exaltar e sempre recordar a defesa da Constituição pela dignidade da pessoa humana, princípio basilar que deve, sempre, fundamentar direitos existenciais, com o intuito de proteção máxima de quem mais necessita.

1.3 Direitos reprodutivos

A posição social da mulher passou por várias reviravoltas e os seus direitos foram postos nas diversas pautas sociais, tanto nacionais quanto internacionais, devido à amplitude de divergência de posicionamentos quanto à proteção desses. Consoante Mattar (2008, p.65), a Revolução Francesa, no século XVIII, foi fundamental para a mudança no pensamento quanto à existência de gêneros distintos, masculinos e femininos, pois com a introdução do conceito de igualdade, busca-se retirar a ideia de que a mulher seria um ser inferior ao homem.

Como exposto, há restrições sociais e normativas quanto aos direitos das mulheres, mas, diante dessa situação de impasses, cada vez mais movimentos feministas tomam visibilidade e incentivam os debates, em níveis internacionais sobre a tutela desses direitos.

A reprodução e a sexualidade são um dos maiores focos do discurso feminista, em razão do tabu social refletido nas disposições do corpo feminino. Nessa temática, constam os direitos reprodutivos, que nas palavras de Piovesan (2017, p.447), “correspondem ao conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana”. Ressalta a autora que esse direito compreende a garantia a um serviço de saúde respaldado de informação, educação e meios para controle tanto de natalidade quanto de procriação sem riscos à mulher, sendo esses os parâmetros básicos requeridos no exercício de seus direitos.

Dentro desse estudo, é necessário ressaltar a diferença entre direitos reprodutivos e direitos sexuais, pois explica a autora que os direitos reprodutivos se voltam à reprodutividade humana no livre exercício de sua sexualidade, sendo possível a mulher decidir as formas em que se darão o seu direito para garantir sua saúde. Enquanto isso, direitos sexuais buscam dar liberdade sexual, orientação sexual, educação quanto ao assunto, autonomia ao corpo etc.

Diante disso, o termo direito reprodutivo advém do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, Holanda,



em 1984, pois seria uma expressão mais adequada do que “saúde da mulher”. Por conseguinte, a expressão foi concretizada na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, em 1994, sendo reafirmada em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, explana Mattar (2008, p.63).

O reconhecimento dado a tais direitos contribuiu para que vários países se solidarizassem com essa nova noção de tutela de direitos, por exemplo, a Conferência realizada, no Cairo, em 1994, contam com 184 países signatários, contudo, esses tratados são apenas compromissos morais, pois são consideradas normas *Soft Law*, logo não possuem caráter vinculativo como os tratados e convenções de direitos humanos, mas proporcionam uma forma de pressionar os países a cumprirem as demandas protetivas, é o entendimento de Mattar (2008, p.62).

O Brasil é um desses países e está sob a fiscalização de órgãos internacionais, garantidores dos direitos das mulheres, sendo alvo de possíveis recomendações caso não venha a cumprir com as disposições estabelecidas. Consoante Ávila (1993, p.385), houve no Brasil a primeira Conferência oficial voltada ao debate dos direitos sociais, em 1986, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, tratando de questões quanto aos direitos das mulheres, em relação à intervenção estatal, bem como Igreja e os movimentos feministas.

Vê-se, então, que a atuação do país neste ramo vem antes mesmo da respeitada Conferência no Cairo, tendo apoio, inclusive, de programa instituído após movimentação feminista, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado, em 1983. Patriota, Consoante (2013, p.35), este programa “propunha-se a atender às necessidades de saúde das mulheres durante seu ciclo vital, dando atenção a todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva”. Isto posto, confirma-se a existência de normas e políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos, contudo, tal como ocorre com os direitos de autonomia sob o corpo, muitos são os impasses sociais que contribuem para o desequilíbrio, no exercício desses direitos.

Além das questões sociais, muitos retrocessos são expressos nas normas deste estado, reduzindo a capacidade de liberdade de exercício dos direitos reprodutivos, restringindo a atuação e expressão das mulheres no Brasil. Discorre Barboza e Almeida Junior (2017, p.261) que há muita vulnerabilidade de gênero nestas situações e vários preconceitos são impostos ao sexo feminino. Comprovam essa situação, mesmo com a presença da Constituição Federal de 1988, a necessidade



de consentimento para a realização de esterilização em casos de existência de sociedade conjugal.

Essa restrição encontra-se prevista no artigo 10, §5º da Lei nº 9.263/1996, responsável por regulamentar o art. § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Portanto, trata-se de norma que busca garantir a liberdade dos indivíduos a considerarem suas vontades nas questões reprodutivas e familiares e que, ainda, prevê restrição realçadora das distinções entre igualdades de gênero. Essa violação resultou, inclusive, em duas Ações Declaratórias de Inconstitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal, nº 5911 e 5097.

Além dessas, outras normas escancaram essa discriminação social, como exemplo, tem-se a revogada Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.013/2013 (atual Resolução 2.121/2015), que determinou como idade máxima de 50 anos para reprodução assistida (BARBOZA; ALMEIDA JÚNIOR, 2017).

Compreende-se, portanto, a complexidade dos direitos reprodutivos. A mulher não deve apenas se questionar quanto a sua vontade ou não em ser mãe, pois todos os fatores ligados à maternidade se tornaram pontos de interrogação, dados os contrários pensamentos quanto à sua efetivação. É possível analisar, na prática, tais questões, em razão da quantidade de ações judiciais interpostas no Judiciário trazendo lide com violação de baixo nível ofensivo como de extremas lesões e que muitas vezes, não são assim enxergadas, em face da falta de informação e por que respalda, na maioria das vezes, nas classes mais pobres.

O Superior Tribunal de Justiça desenvolve projetos voltados à análise de jurisprudência, e, segundo a Revista Panorama STJ, de 2017, o Tribunal julgou vários recursos ligados aos direitos reprodutivos. Um dos mais famosos votos é o do reconhecimento de indenização devido ao consumo da pílula anticoncepcional Microvlar, situação conhecida como o caso das pílulas de farinha, resultou em gravidez indesejada de várias mulheres.

Essas são algumas de muitas situações de constrangimento que as mulheres podem ser introduzidas frente às violações aos direitos reprodutivos, ver-se-á que dentre esses desrespeitos, há notória violência desde o momento em que se buscam respaldos desses direitos como método contraceptivo, como quando se está grávida.

A violência obstétrica, médica, ocorre há muito tempo, cita Del Priore (2009, p.82), no período colonial todo o conhecimento médico quanto à mulher era quanto à reprodução e, mesmo não sendo as situações expostas, publicamente, de forma universal, diversos são os descasos médicos frente às mulheres e à reprodução.

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres, em 2012, dispõe quanto aos atos configurados da citada violência, sendo esses aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60)

Portanto, o lastro normativo, quanto ao assunto, pode ser considerado em expansão, mas, identificam-se alguns retrocessos nessas disposições, devido à interferência estatal, social e de terceiros, diretamente, ligados à pessoa titular de direitos reprodutivos. Infelizmente, tais impasses ocasionam questionamentos quanto à validade na máxima de que o nosso corpo nos pertence, porém, é uma luta que requer paciência e ativismo, para o alcance de um equilíbrio.



2 A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E DE DIREITOS HUMANOS

A ascensão dos direitos reprodutivos abarca tanto a compreensão da indispensabilidade da efetivação no seu exercício pelas mulheres, pois sua restrição reflete em outros direitos, como da igualdade, autodeterminação, autonomia sobre o próprio corpo, integralidade física e psíquica, etc., como nas consequências que são possíveis advir da sua violação.

Neste capítulo, será trabalhado o óbito ou mortalidade materna, uma das consequências advindas das ameaças ou violações aos direitos reprodutivos, com enfoque na violência obstétrica, pois, mediante a amostra de dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde no site <http://svs.aids.gov.br>, tendo como dimensão temporal, janeiro de 1996, devido à vigência da Lei de Planejamento Familiar, de setembro de 2018, estabelecendo como delimitação territorial o Brasil, região do Nordeste, estado do Ceará e o município de Fortaleza, foram percebidos altos índices de mortes maternas notificadas. Assim, o apuramento quantitativo dos dados foi resumido em gráficos gerados com as informações obtidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Ainda, abordar-se-á a situação de mulheres e famílias brasileiras de baixa renda, na efetivação dos direitos reprodutivos, em comparação com a situação ideal, pois, será demonstrado que os impactos de gênero, sociais, raciais e econômicos, no Brasil, possuem grandes influências na prestação dos serviços de saúde, principalmente, quando se trata de direitos reprodutivos. Com isso, mostra-se a relação do empobrecimento com a gestação no país, utilizando-se de gráficos com dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no sítio eletrônico <https://www.ibge.gov.br/>, que mostram o rendimento médio mensal por sexo, entre o 3º trimestre de 2017 ao 2º trimestre de 2018.

Denota-se, portanto, a presença de normas que buscam assegurar esses direitos, mas que, mesmo assim, são necessários meios para empoderar tanto o direito em si como os seus titulares, que na maioria, se não na sua integralidade, são mulheres. Assim, Consoante Sarmiento (2005, p.44), alguns desses meios seriam “a cristalização de novos valores sociais sobre o papel da mulher no mundo contemporâneo, o



reconhecimento da igualdade de gênero e a mudança de paradigma, em relação à sexualidade feminina”, e assim, torne-se possível a legitimação desses direitos humanos tão importantes.

2.1 A relevância social da mortalidade materna frente ao levantamento estatístico

A maternidade é dita como uma dádiva, uma benção que vem para engrandecer a vida tanto da gestante, como, a depender da situação social desta mãe, do parceiro e a família que possa ter sido constituída. Entretanto, devem ser considerados outros fatores, tanto os decorrentes diretos da gestação, questões externas que possuem um vínculo para esse período materno, quais sejam: sociais, raciais, gênero, identidade sexual e classe, pois, conforme explicam Mattar e Diniz (2012, p.113), para ser uma fase admirada, a maternidade precisa estar encaixada em um padrão social estabelecido.

Assim, dentre essas inúmeras influências, podem ocorrer consequências, entre elas está a mortalidade materna, que, conforme o *Manual dos Comitês da Mortalidade Materna*, “é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.10).

Sendo assim, a mortalidade é um evento que reflete uma condição de vida e direito social. Segundo Mandú et al. (2009, p.279-281), a mortalidade comunica-se com o acesso e a qualidade do serviço de saúde e o seu resultado remete-nos a uma questão de desigualdade cultural, dado que o tratamento à saúde da mulher, principalmente na esfera reprodutiva e sexual, é precária, e as mulheres que estão à margem da sociedade, como negras, pobres e com baixo acesso às informações e aos serviços de pré-natal, estão mais suscetíveis de adentrar a estatística do óbito materno.

Percebe-se que os percalços vividos no período da gestação podem alcançar, inclusive, a morte da mulher, “a forma mais extrema de um continuum de atos de violência, definido como consequência de um padrão cultural que é aprendido e transmitido ao longo de gerações” (PASINATO, 2011, p.230). Denotam-se, assim, as causas para este



evento podem ser as mais diversas, desde casos obstétricos até condutas voluntárias decorrentes da ausência de informação.

O citado manual (2002a, p.10-15) aborda as principais ocorrências registradas como fundamentos para as causas de mortalidade materna, entre elas estão: obstétrica direta ou indireta, não obstétrica, declarada, tardia, presumível ou mascarada, relacionados à gravidez, idade fértil, hospitalar, domiciliar, em via pública, fetal e abortamento.

Esses meios de classificação de óbitos maternos são reflexos da posição da sociedade quanto aos direitos reprodutivos das mulheres, pois, fatores como a raça e classe social da gestante interferirão no modo de apoio recebido no período gestacional. Por conseguinte, diante dessa problemática, constitui-se uma situação de violação de direitos humanos ao gerar lesões ao direito de maternidade segura, e, conforme Piovesan (2002, p.07), “é um dos fatores de mortalidade mais evitáveis e preveníveis”, ou ao menos deveriam ser.

Em uma pesquisa realizada em Unidade de Saúde Básica do Município de Fortaleza (SILVA et al, 2011, p.2016-2420), pelo método de estudo de campo, mediante entrevistas com 24 mulheres assistidas pelo o programa de Planejamento Familiar, verificou-se certa insatisfação com o acompanhamento realizado na instituição de saúde. Foram utilizadas como fatores, semelhanças sociais, educacionais e econômicas, e o intuito era verificar a eficácia do programa.

As entrevistadas possuíam entre 13 a 36 anos, com rendas mensais entre R\$50,00 (cinquenta reais) a R\$1.140,00 (mil, cento e quarenta reais) e entre os relatos dessas mulheres, foram identificadas práticas de abortamentos constantes, precariedade de informações, ausência de área física adequada para as realizações de acompanhamento, durante e após o parto, ausência de suporte pelos profissionais encarregados de repassar informações quanto ao planejamento familiar e contratemplos com o uso de contraceptivos e métodos anticoncepcionais, pois ocorria tanto de não terem o apoio do companheiro sexual, como o seu uso não se dava, corretamente, por desconhecimento da sua importância. (FORTALEZA, SUS)

Por conseguinte, identifica-se, entre os citados fatos, a maior presença como causas de óbitos maternos, na violência obstétrica e no abortamento, que pode ser considerado uma decorrência daquele.

O abortamento, questão de grande discussão nas diversas pautas sociais, religiosas e judiciais no Brasil, é causa que conduz a muitos



óbitos, sendo “a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 20 semanas de gestação, tendo ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 15).

Logo, trata-se de interrupção voluntária da gestação, contudo, muitos aspectos são impostos às mulheres, no momento da tomada de decisão, e muitos de seus direitos são excluídos, pois afirmam o envolvimento de valores que não podem ou devem ser desconsiderados, ou seja, por mais autônoma e possuidora de autodeterminação que uma mulher possa ser, o embate entre qual vida será mantida e como isso será feito, é superior a concessão de uma liberdade garantida constitucionalmente.

Essas imposições valorativas e religiosas, que apontam a condição feminina de manter uma gravidez forçada, implicam “na exclusão da absoluta maioria da população feminina brasileira, que se vê forçada a recorrer a métodos muito mais precários, que vão da ingestão de substâncias venenosas até a introdução de objetos pérfuro-cortantes no útero” (SARMENTO, 2005, p.74). Assim, essas mulheres podem receber o estigma de pecadoras ou assassinas, apenas pelo fato de tentarem exercer seus direitos fundamentais de autonomia sobre o próprio corpo, expressão e autodeterminação. Entretanto, como dito, a discussão também, envolve a existência de uma segunda vida, no caso, o feto.

Portanto, ainda de acordo com Sarmento (2005, p.65), por mais que não conste regulamentação expressa na Constituição Federal quanto ao aborto, a vida intrauterina já estaria resguardada pelo referido documento e a sua proteção tende a aumentar, na medida em que há o desenvolvimento do nascituro, o que torna ainda mais complicado dar uma solução à situação.

No Judiciário, o tema ainda está em discussão, pois o Código Penal, nos artigos 124 a 128, ainda dispõe o aborto como crime, exceto quando praticado por médicos devido à necessidade de resguardar a vida da gestante ou decorrente de estupro.

Esses dispositivos sofreram intervenção de medida constitucional, a Arguição de Preceito Fundamental nº 54, que trata da interrupção de gravidez de feto anencéfalo, tornando-a possível e retirando como forma de crime, caso a mulher aborte. Percebe-se que ainda há divergência quanto à situação do aborto no Brasil, se é uma causa possí-



vel a se tornar legal ou não, até então, ainda está para ser aprovada a Proposta de Emenda à Constituição nº 181/2015 que busca alterar o artigo 7º, XVIII da Constituição Federal para aumentar até 140 (cento e quarenta dias) a licença-maternidade, em caso de parto prematuro. (CÂMARA DOS DEPUTADOS)

Outro fator de muita influência no óbito materno é a violência obstétrica que, conforme explanado no Dossiê parirás com dor, é a situação advinda de todos os atos “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60).

Nesse dossiê (2012, p.61) são discutidas as formas e como se dá o cotidiano das gestantes que são, constantemente, violados nos seus direitos reprodutivos, bem como sexuais. Explana-se que tais atos decorrentes de violência obstétrica possuem várias facetas, quais sejam: físico (incidem sob o corpo da mulher), psicológico (ações verbais ou comportamentais que causem sentimentos negativos à mulher), sexual (violação à intimidade ou ao pudor, refletindo na sexualidade e reprodutividade feminina, devido à possibilidade de contato com os órgãos sexuais e partes íntimas), institucional (ações que dificultam o acesso e acompanhamento ao serviço de saúde de direito da mulher, sendo este público ou privado), material (finalidade de obtenção de lucros financeiros, violando direitos já assegurados) e midiático (ações que violem direitos reprodutivos mediante o uso de meios de comunicação), ressaltando que estes podem se mesclar.

A violência obstétrica dá-se, de forma direta ou indireta, e ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, em razão de intervenções, tratamentos ou eventos que deem causas a esta condição, enquanto ela decorre de doenças que existiam antes da gestação ou se desenvolveram durante este período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.10).

Mandú et al. (2009, p.280) exemplificam que “as mortes por causas obstétricas diretas (a maioria) associam-se a problemas como síndromes hipertensivas, hemorragias, complicações do aborto e infecções puerperais. Já as causas indiretas relacionam - se ao agravamento de problemas como as cardiopatias, epilepsia, diabetes e malária, entre outros”.



Contudo, conforme mencionado, várias são as formas de violência obstétrica, e quando as mulheres ou quem necessite dos conhecimentos de direitos reprodutivos não possuem as informações suficientes, podem ser alvo dessa violência. Como exemplo dessas ocorrências, é possível citar depoimentos feitos por mulheres que foram violadas no período de suas gestações, principalmente no parto, conforme se vê no documentário *Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras* (2012, online).

As histórias contadas transpassam o sofrimento vivido por milhares de mulheres no país, elas contam como foram tratadas pela equipe médica, os comentários que tiveram que ouvir dos médicos obstetras, as imposições como aplicações de anestesia sem o consentimento delas, tentativas de convencimento de cesarianas, ao invés do parto normal, realização de episiotomia ou pique, “cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia [...] única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade, seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.80).

Além desses, muitas outras são as atitudes descritas, como a não permissão de acompanhante na sala de parto, questão essa resguardada pela Lei nº 11.108/2005, cobranças indevidas pelo plano de saúde. Pode-se, mencionar, também nos casos em que a mulher é encaminhada ao hospital devido abortamento, onde fazem comentários que culpam a mulher pelo óbito fetal e, também, mostrar à gestante os restos fetais.

Dito isso, observa-se a precariedade em que se encontra a situação dos serviços de saúde no Brasil, bem como a ausência do devido amparo às questões femininas e o repasse eficaz das informações essenciais, quanto aos direitos reprodutivos e sexuais na sociedade, incluindo todas as classes, raças e gênero.

A medida tomada pelo governo foi a implantação do Instituto Do Planejamento Familiar que, de acordo com Silva et al. (2011, p. 2417), “é o direito que toda pessoa tem à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos”, para isso, deve ser promovida maior participação e envolvimento do setor da saúde para contribuir no desenvolvimento da aquisição de conhecimento pelas pessoas, e não apenas às mulheres.

Diante disso, em 1996, foi elaborado um projeto de lei, hoje aprovado, que regulamenta o planejamento familiar. Consoante o Ministério



da Saúde (2002b, p.07), a lei regula que “instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde”.

A finalidade, pelo menos em tese, do planejamento familiar é ser propulsor do desenvolvimento de uma família, assim, a tática promovida seria com o foco de proporcionar um melhor direcionamento das pessoas quanto ao planejamento familiar, para que assim, ocorram mudanças nos problemas que afetam a saúde pública, como controle de natalidade, aborto, saúde da mulher e pobreza (SANTOS; FREITAS, 2011, p.1817-1819).

A não aplicação do planejamento familiar dentro do que está previsto na lei, considerando todos os seus propósitos e as condições sociais descritas, ocasionará em riscos, como da deliberada violação de direitos existenciais da mulher e do “Estado continuar sendo condescendente para com a atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde, que encontra nas condições estruturais da instituição de atendimento as justificativas para os seus atos” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.52).

O Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e a Promoção de Saúde disponibiliza Painéis de Monitoramento de Mortalidade e Natalidade. O painel que monitora a mortalidade é dividido na análise da mortalidade, com base no CID-10, causas prematuras por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), infantil e fetal, materna, causas básicas inespecíficas ou incompletas (*garbage code*) e regularidade da mortalidade.

O painel de controle da mortalidade é uma ferramenta que possibilita o levantamento da quantia de óbitos maternos obtidos a depender do preenchimento dos dados desejados. Os tópicos constantes nesse painel estratificam-se entre: o ano de referência, local do registro do óbito, a abrangência por localidade, indicador (Mulheres em Idade Fértil –MIF com ou sem causa presumível e maternos declarados, considerando causas obstétricas diretas (aborto, hemorragia, hipertensão e infecção puerperal) ou indiretas (AIDS e doenças do aparelho circulatório) e obstétricas não especificadas).

Considerando a lei de planejamento familiar de 1996 e seu intuito de proporcionar uma educação à população, e segurança aos direitos

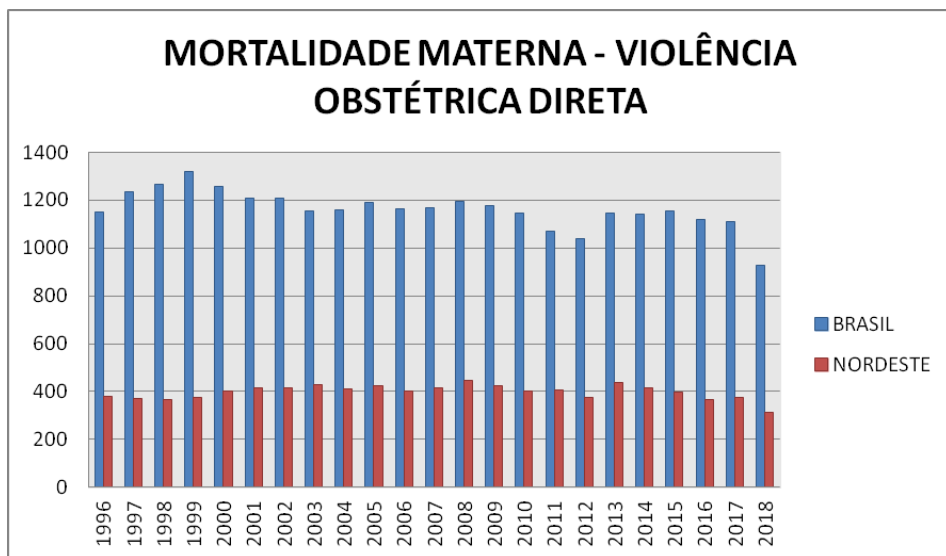


reprodutivos, realizou-se a coleta de dados quanto à quantificação de óbitos maternos, tendo como marco inicial o ano de 1996, graças a lei e final, 2018, sendo contabilizado, apenas, até o mês de setembro.

Para o preenchimento dos dados buscou-se padronizar a pesquisa, de modo que se preferiu considerar como local de registro o óbito por residência, abrangendo como localidade o Brasil, Nordeste, Ceará e Fortaleza, para assim estabelecer um parâmetro comparativo. O indicador foi: maternos declarados, de acordo com a notificação de óbitos, dentro da faixa etária de 10 a 49 anos de idade, abarcando todas as raças e cores.

Observa-se, por conseguinte, os dados alcançados:

Figura 1 – Mortalidade materna advinda da violência obstétrica direta:



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

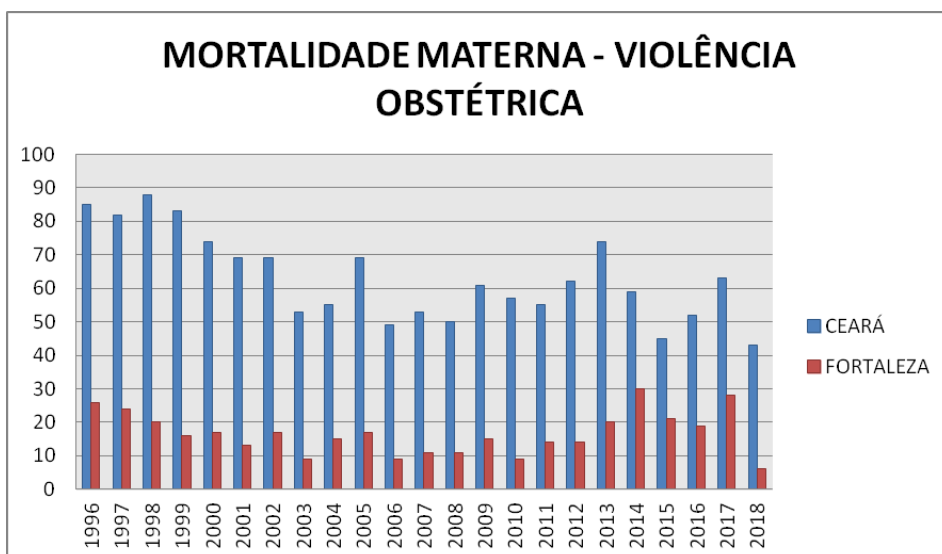
Este gráfico representa todas as notificações de óbitos maternos obtidos entre o período de 1996 a setembro de 2018, no Brasil e na região Nordeste, conforme os números alcançados, em 1996, o Brasil registrou a ocorrência de 1.149 (mil cento e quarenta e nove) falecimentos de gestantes decorrentes de violência obstétrica direta, enquanto no Nordeste houve a morte de 378 mulheres no mesmo ano. Por conseguinte, até setembro de 2018, os números de mortes passaram para 929 e 313, no Brasil e Nordeste, respectivamente.



Por mais que não tenha ocorrido a colheita de todos os meses do ano em 2018, infere-se uma redução no número de mortes, contudo de baixa mudança, pois, pode-se dizer que em face da quantidade resultante de 1996, hoje 80% daquele número resultou em morte, na perspectiva do Brasil. No Nordeste, em torno de 82% faleceram, ou seja, a taxa de mortalidade ainda permanece alta, se comparada com o termo inicial.

Restringindo ao estado do Ceará e ao município de Fortaleza, dentro do mesmo período, resultaram nos seguintes dados:

Figura 2 – Mortalidade materna advinda da violência obstétrica direta:



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

A figura 2 mostra que, em 1996, 85 mulheres morreram no Ceará, devido à violência obstétrica direta e 26 em Fortaleza. Comparando com o ano de 2018, a redução da taxa foi de 50,58% no Ceará e 23% em Fortaleza, ou seja, o numerário foi, consideravelmente, reduzido ao menos no Ceará.

Denota-se, portanto, mesmo com a aplicação do planejamento familiar, ainda há necessidade de melhoramentos, pois, não se deve afastar a condição de fatores externos, como sociais, políticos e religiosos que influenciam no desenvolvimento e efetivação dos direitos reprodutivos na sociedade.

2.2 A situação ideal versus a situação real das mulheres e das famílias de baixa renda brasileiras na efetivação dos direitos reprodutivos

A maternidade é um período que abrange várias condições que são capazes de interferir nos direitos da mulher, como integridade física ou psicológica, expressão, autonomia do próprio corpo, autodeterminação e, principalmente, a saúde, garantia constitucional dado a todos, mas, muitas vezes, relativizado.

Como será visto, a Convenção De Eliminação De Todas As Formas De Discriminação Contra A Mulher (CEDAW) é importante e atuante na proteção destes direitos, inclusive, quanto aos reprodutivos que estão, intimamente, conectados com a efetiva prestação do serviço de saúde.

Assim, prevê esta norma, no seu artigo 12, que os estados que pactuam com a Convenção devem adotar as medidas necessárias para eliminar esta discriminação, pois, para eles se deve promover a igualdade entre homens e mulheres no acesso aos serviços médicos, principalmente, quanto à assistência apropriada na gravidez, no parto e no período posterior a esse. (CEDAW, 2002, online).

Menciona o artigo que para o alcance dessas medidas, deve-se prestar assistência no acesso ao planejamento familiar, que, como explicado, é regulamentado na Lei nº 9.263/1996, e, nos artigos 3º e 4º da lei, demonstra-se que este instituto se volta às ações preventivas e educativas de atenção à mulher, homem ou ao casal, promovendo um atendimento igualitário, global e integral à saúde, às informações necessárias, meios, métodos e técnicas voltadas para regulação da fecundidade (BRASIL, 1996).

Explicam Santos e Freitas (2011, p.1819) que o foco atual do planejamento familiar é o controle de natalidade por meio de métodos anticoncepcionais, para que se alcance o desenvolvimento, mas para isso é necessário a atuação dos profissionais de saúde com técnicas educativas, caso contrário o resultado poderá ser, por mais infortúnio que seja, o óbito materno.

Mas, além de se visualizar o instituto do planejamento familiar, outras questões podem interferir no êxito do programa, pois a mortalida-



de materna se relaciona com pobreza, gênero, raça e etnia e a “condição de desigualdade cultural entre mulheres e homens subalterniza as primeiras e contribui para que se dê pouca importância à sua saúde” (MANDÚ et al., 2009, p.280).

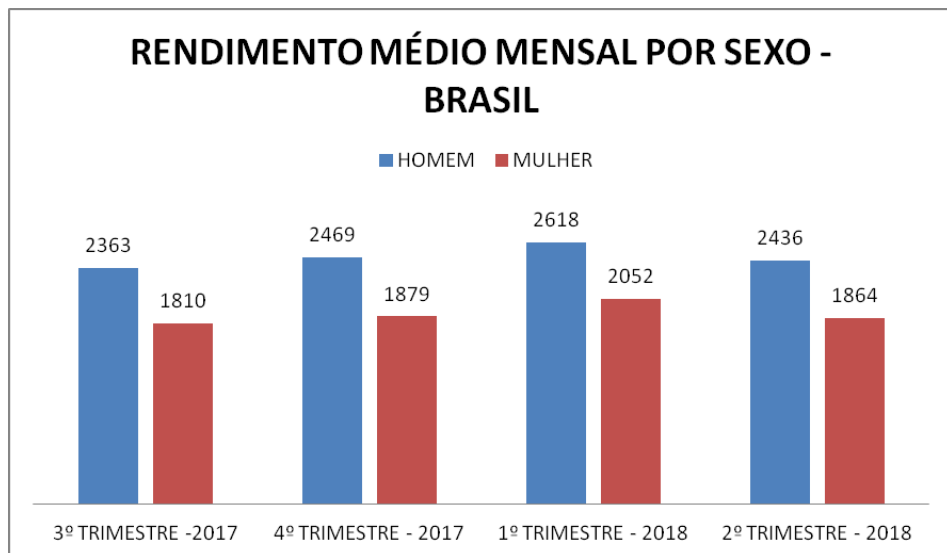
Com isso, vê-se a formação de um conceito, a maternidade, algo biológico, que na teoria não deveria estar conectada com tabus ou restrições que possam advir em ameaças, passa, na prática, a ser um exercício de um direito restrito que precisa ser relacionado com aspectos sociais, tais como, de forma sucinta: a condição financeira, os custos, a posição da família em aceitar esta nova criança, se o genitor tem interesse por este possível nascituro, pois caso negue a paternidade, como seria vista pela sociedade uma mãe solteira sem condições de arcar com o sustento de mais uma vida. Dito isso, observa-se que não se inclui a vontade da própria mulher gestante e como ela deseja prosseguir com a maternidade, que, por si, deveria ser algo voluntário.

Vendo-se, portanto, nesta condição, as mulheres evitam buscar um suporte médico ou de terceiros que possam lhe ajudar neste período, que, como informado, é de suma importância. Além disso, é essencial o suporte social, pois estando as mulheres desamparadas por suas famílias, parceiros ou o próprio estado, encontrarão dificuldades que possibilitarão o seu empobrecimento destas, “neste sentido, [...] exerce-se, contra a mulher, uma violência de ordem patrimonial que a priva de conseguir suprir suas necessidades básicas e as de seus filhos” (MATTAR; DINIZ, 2012, p.112).

Uma pesquisa realizada pelo IBGE por amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, com o intuito de produzir informações quanto ao acesso da população no mercado de trabalho, considerando idade, sexo e instrução, bem como verificando o desenvolvimento socioeconômico do país, se conseguiu coletar dados que contabilizam, por sexo, o rendimento médio mensal dos brasileiros. E, vê-se que as mulheres se encontram em situação mais precária que os homens, o que se demonstra com os dados baseados nos resultados obtidos nos 3º e 4º trimestres do ano de 2017 e 1º e 2º trimestres de 2018:



Figura 3 – Rendimento médio mensal por sexo no Brasil:



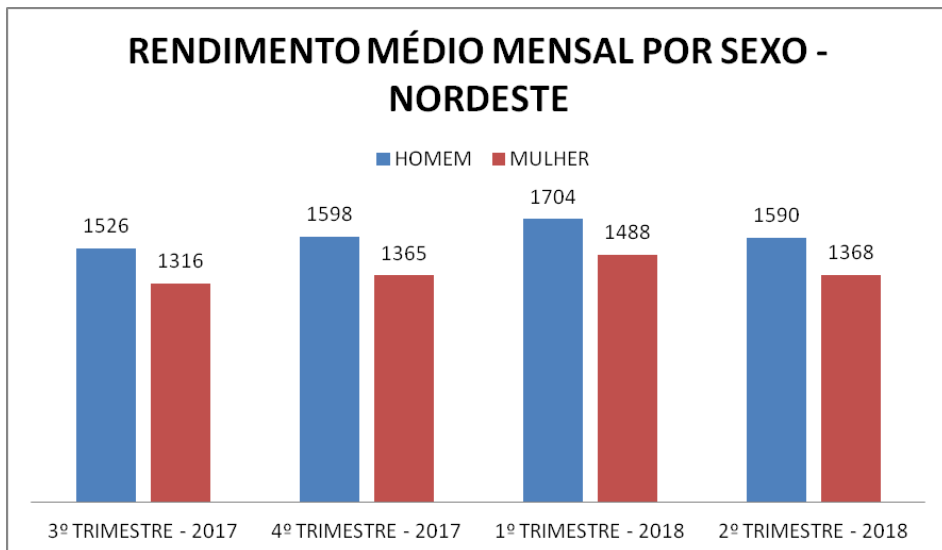
Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral

Os valores obtidos referem-se ao rendimento efetivo por sexo, o que “consiste no rendimento de fato recebido em qualquer posição na ocupação, no mês de referência, incluindo todos os pagamentos que não tenham caráter contínuo e considerando os descontos por ausências no trabalho” (IBGE, online). Ou seja, por menor que seja o lapso temporal demarcado, a diferença entre as rendas obtidas possui suas distâncias que, na realidade social, em que vivemos pode ser bastante prejudicial, principalmente, no contexto da constituição de família.

Dentro desses mesmos aspectos, salientam-se os rendimentos obtidos por homens e mulheres na região Nordeste, veja-se na figura 4, abaixo:



Figura 4 – Rendimento médio mensal por sexo no Nordeste:



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral

Observa-se que o mesmo parâmetro de rendimentos usufruídos por mulheres permaneceram abaixo aos dos homens. Logo, como bem apontam Santos e Freitas (2011, p.1817), esses indicativos sociais e econômicos devem ser considerados no desenvolvimento de programas voltados à saúde e à família, pois se vê que as políticas públicas destinadas ao planejamento familiar não consideram tais indicadores, tornando frágil a aplicação dos serviços às essas famílias ou apenas mulheres que não se enquadram em um contexto social privilegiado.

Então, esse aspecto econômico influencia muito na prestação dos serviços de saúde, e, se somados a outros fatores, como idade, podem aumentar a dificuldade das mulheres em exercerem os seus direitos reprodutivos. Como exemplo, menciona-se um estudo realizado por Alves e Brandão (2009, p.669), que, por meio de entrevistas com pessoas de 17 a 24 anos de idade sobre o uso de métodos anticoncepcionais, observaram que para uma melhor receptividade desse tema e o fim dos tabus quanto às questões sexuais, “é preciso romper, através dos esforços políticos, assistenciais e educacionais, com as barreiras culturais que dificultam uma abertura maior da sociedade, nos serviços de saúde, nas escolas e no âmbito familiar”.

Se essa realidade fosse contornada, seria possível alcançar uma maternidade voluntária e prazerosa, pois não estaria mais conectada a



este período vivenciado pela classe feminina, apenas, como algo que traz dor, sofrimento, preocupações e impactos sociais, refletindo na condição da mulher. O ideal seria alcançar a humanização na saúde, que, para a Política Nacional de Humanização, “é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para isso, é necessário aderir essa prática para evitar que essa valorização seja desvirtuada, pois a “humanização já foi usada para justificar procedimentos como a narcose, emprego de instrumentos mecânicos, intervenções bioquímicas e fisiológicas e, por fim, procedimentos cirúrgicos de relativa complexidade e risco” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.10).

Até quando se tentava melhorar as condições de atendimento à saúde ofertada às mulheres, em qualquer das fases da gestação, utilizavam-se do instituto para embasar práticas violadoras desse direito. Entretanto, será demonstrado que, no decorrer dos anos, após a integralização dos direitos das mulheres como direitos humanos, vários foram os planos e políticas públicas que buscam retirar os impactos sociais, gênero, econômicos e outros que dificultem a prestação dos serviços de saúde frente às perspectivas dos direitos reprodutivos.



3 ANÁLISE DE DADOS: AS RECOMENDAÇÕES DA CEDAW SÃO APLICÁVEIS NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Diante dos infortúnios fatos que conduzem ao aumento das taxas de mortalidade materna e infantil, tal como a constatação da presença de doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes, gravidezes indesejadas, abortamentos ilegais e tratamentos desumanos a mulheres em ambientes de saúde, demonstra-se a necessidade de tomada de providências práticas, para melhorar a qualidade dos serviços prestados, reduzir as taxas de mortalidade consideradas elevadas até para órgãos internacionais, como o Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.

Dito isso, neste capítulo serão tratados os direitos das mulheres frente às atuações internacionais, com foco na Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, também, o impacto das análises feitas nos relatórios encaminhados pelo Estado brasileiro ao Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, apontando as recomendações feitas ao Brasil, nos anos de 2001 a 2009, anos nos quais foram encaminhados relatórios para as sessões realizadas pelo órgão. Assim, demonstrando-se a existência ou não de eficácia no cumprimento pelo Estado brasileiro destas “retaliações”.

Após, será realizado um apuramento de dados referentes às condições da saúde pública no Brasil, utilizando-se da base de dados do Site Latinobarómetro, corporação privada sem fins lucrativos que realizou entrevistas nos anos de 1996, 1997, 1998, 2000, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 e 2016 à população brasileira, para que fossem respondidas as seguintes perguntas: 1) Diria que nos últimos 5 anos a qualidade da saúde teria diminuído, aumentado ou permanecido igual?; 2) Se nos últimos 12 meses no país a qualidade dos hospitais públicos pioraram, melhoraram ou permaneceram os mesmos? e 3) Se os entrevistados diriam estarem “muito satisfeitos, bastante satisfeitos, não muito satisfeitos ou nada satisfeitos com a saúde que possuem acesso?”. Os parâmetros estabelecidos para concatenar os dados obtidos foram apenas nas respostas quanto “aumento”, “permanência”, “diminuição”, “satisfeitos (as)” e insatisfeitos (as)”.



Por mais que o sistema de dados do portal eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possuam diversos mecanismos de estatísticas, não foi possível localizar, mesmo com o acesso à ferramenta “estatísticas”, após “sociais” e o subtópico “saúde”, a pesquisa que dispunha dos dados quanto à satisfação e ao impacto no acesso à saúde pelas pessoas, de forma a distinguir os gêneros masculino e feminino, tal como foi feito pelo Latinobarómetro.

Por fim, abordar-se-á as políticas públicas implementadas no país voltadas para os direitos da mulher, sendo feita uma sucinta menção às ações e aos programas desenvolvidos desde a década de 80 até os dias atuais. E, complementam-se as informações identificadas com os dados repassados pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), na resposta ao requerimento realizado quanto às seguintes questões: 1) Quais foram as políticas públicas elaboradas no Brasil (em esfera ministerial e estadual), especificamente, voltadas à proteção da mulher e prevenção da mortalidade materna, no período compreendido entre janeiro de 1996 a outubro de 2018?; 2) Das políticas públicas descritas, quantas já foram submetidas à avaliação de impacto? e 3) As políticas públicas implementadas contaram com financiamento internacional?

Esses questionamentos foram respondidos mediante envio de e-mails eletrônicos, bem como no próprio requerimento passível de acesso no portal do Ministério da Saúde, na aba de acesso à informação no qual se pode “consultar pedido”. O retorno efetivo do requerimento ocorreu no dia 08 de novembro de 2018 às 15h45min, quando o Departamento encaminhou, via e-mail, o solicitado por documento em anexo, onde foi possível verificar uma resposta efetiva, apenas, ao primeiro questionamento, justificando o desconhecimento quanto às demais, mas dando conteúdo para possíveis esclarecimentos ainda não obtidos.

Percebe-se, então, a presença de inúmeras medidas pelo governo brasileiro em efetivar as normas protetoras dos direitos reprodutivos da mulher, buscando garantir a assistência integral e o acesso digno ao sistema de saúde do país, contudo, ainda há obstáculos que relativizam a eficácia das ações e dos programas, que demandam a formulação de questionamento dos motivos dessa falta de excelência na garantia desses direitos.



3.1 Recomendações da CEDAW sobre os direitos humanos das mulheres e a eficácia do Estado Brasileiro em cumpri-las

A Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) adveio de um intenso trabalho promovido pelas Nações Unidas após a aprovação da Declaração sobre Eliminação da Discriminação contra a mulher, em 1967, pois ela não possuía caráter mandatório, demandando a criação de ato internacional de natureza vinculante para que os estados signatários cumprissem com os deveres jurídicos para a efetivação de direitos individuais. Assim, em 18 de dezembro de 1979, mediante a Resolução 34/180, a CEDAW foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, entrando em vigor em setembro de 1981. (BRASIL, 2002, p.15)

O intuito da Convenção é eliminar qualquer discriminação contra a mulher, sendo essa, conforme dispõe seu artigo 1º, toda forma de distinção, exclusão ou restrição com base no sexo e que interfira, ou até anule os direitos e exercício destes pela mulher. Por conseguinte, consoante Piovesan (2002, p.06), a Convenção combina a proibição da discriminação com políticas compensatórias, mediante a adoção de medidas afirmativas, que são especiais e temporárias. Desta forma, denota-se que o documento comporta duas vertentes, quais sejam: repressiva-punitiva, proibindo a discriminação e a positiva-promocional, promovendo a igualdade.

No Brasil, o documento foi promulgado pelo Decreto nº. 4.377/2002, após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, em 14 de novembro de 1983, consagrando, assim, o texto da Convenção, modo pelo qual sua vigência ocorreu em 2 de março de 1984. Por conseguinte, em 28 de setembro de 2002, entrou em vigor o Protocolo Facultativo à Convenção (Decreto nº 4.316/2002), retirando as reservas que tinham sido realizadas pelo Estado brasileiro aos artigos 15, parágrafo § 4º, e 16, parágrafo 1º e suas alíneas “a”, “c”, “g” e “h”, que tratam do tratamento igualitário entre gênero quanto às liberdades de movimento e escolha de residência e domicílio e a adoção de medidas pelo estado para promover a eliminação de discriminação contra a mulher, quanto ao matrimônio, escolha de nome, profissão e ocupação, bem como matéria de propriedade (BRASIL, 2002).



Com a vigência da Convenção pela ONU, foi estabelecido um Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher, composto por 23 peritos de grande prestígio moral e competência na área, consoante artigo 17 da CEDAW. Desse modo, a relação entre os estados signatários e o Comitê dar-se-á pelo comprometimento dos estados-parte em submeter ao Secretário Geral das Nações Unidas, para o posterior exame do Comitê, ao menos no intervalo de 4 (quatro) anos, um relatório apontando as medidas legislativas, judiciárias, administrativas ou outras, para a efetivação dos direitos previstos na Convenção.

Segundo o artigo 21 da Convenção, o Comitê formulará recomendações ou sugestões gerais baseadas nos relatórios, demonstrando ao estado signatário como poderia ser melhorada a situação que resulta em discriminação contra à mulher.

Estes relatórios, até a efetivação do Protocolo Facultativo da Convenção, eram a única medida possível de utilização para o controle das discriminações cometidas ou mantidas pelos estados, contudo, após a retirada das reservas e a integralização do Protocolo, foi instituído dois mecanismos de monitoramento: petição, documento que permite o envio de denúncias de violação dos direitos previstos na Convenção para análise pelo Comitê e a instauração de procedimento investigativo da existência destas violações (PIOVESAN, 2017, p. 294).

Os relatórios deverão ser feitos pelos estados - parte com o uso de indicadores, no caso dos direitos reprodutivos, devido a sua conexão com o direito à saúde, devem-se priorizar os indicadores de estado de saúde, serviço de saúde e estruturais, para demonstrar o progresso se as medidas tomadas pelo estado são efetivas para eliminar a discriminação no âmbito da assistência e acesso à saúde. O indicador de estado de saúde avalia os resultados e feitos dos serviços de saúde, enquanto os indicadores de serviços de saúde ou como, também são denominados, indicadores de processo, tratam dos recursos disponíveis para a prestação do serviço. E os estruturais demonstram se os mecanismos e estruturas utilizadas para a prestação do serviço são implementados por financiamentos com orçamentos sustentáveis (COOK, 2017, p.164-165).

No caso do Brasil, foram encaminhados, até então, sete relatórios ao órgão vinculado às Nações Unidas. O primeiro relatório foi analisado na 29ª sessão do Comitê que ocorreu entre 30 de junho a 18 de julho de 2003. O informe do Estado brasileiro abrangia uma avaliação desde o ano de 1985, ou seja, dentro desse mesmo relatório continha



do primeiro ao quinto periódico do Brasil, devido à compilação de 17 anos, enquanto signatário.

Esse relatório era de suma importância ao governo, tendo como objetivos principais a redução da pobreza e o fortalecimento dos direitos dos cidadãos (CEDAW, 2003, p. 01). Ressalta-se que tais focos foram aprimorados devido à promulgação da Constituição Federal de 1988, que suscita a proteção de direitos e garantias fundamentais.

Os direitos das mulheres previstos na Constituição advieram do suporte dado pelo movimento de mulheres que buscavam a defesa de seus direitos, resultando na elaboração da *Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes*,¹ contribuindo para a inclusão dos mencionados direitos na CRFB, inclusive, quanto ao direito de tratamento da proteção da maternidade como direito social, o desenvolvimento do planejamento familiar e a coibição de violência no âmbito familiar (BRASIL, 2002, p. 20-21).

Devido à quantidade de direitos previstos na Convenção e à amplitude temporal da avaliação realizada, várias foram as recomendações realizadas pelo Comitê, desde o tema da educação até o tráfico de mulheres, por exemplo. Contudo, quanto à questão da saúde foi feita para esse informe do governo brasileiro, a recomendação de adoção de medidas adicionais para garantir o acesso das mulheres às informações, aos serviços de atendimento de saúde, *a prioris* relacionados com saúde sexual e reprodutiva, pois verificou-se pelos dados e informações repassadas, a elevada taxa de mortalidade materna, principalmente, nas regiões mais distantes com difícil acesso a serviços de saúde (CEDAW, 2003).

O Comitê, também, demonstrou preocupação com as condições de saúde das mulheres mais desfavorecidas, aumento no número de mulheres infectadas com HIV/AIDS e com as altas taxas de abortos clandestinos, com causas vinculadas à pobreza, exclusão social, falta de informação etc. Para isso, recomendou o estabelecimento de programas e políticas voltadas ao conhecimento e o acesso aos métodos contraceptivos, promovendo, assim, ações quanto ao planejamento familiar, tanto para mulheres como para homens. E, sugeriu o fomento à educação sexual, principalmente, aos adolescentes, para garantir esclarecimentos quanto à prevenção do HIV/AIDS (CEDAW, 2003).

¹ Anexo A



Quatro anos após, o sexto relatório foi analisado pela 39ª sessão que ocorreu entre 23 de julho a 10 de agosto de 2007, e verificou-se que mesmo após as recomendações dispostas ao Estado brasileiro e com a implementação de programas e promulgação de leis, tais como a mencionada lei do planejamento familiar, a taxa de mortalidade materna permanecia elevada, demonstrando “condições socioeconômicas precárias, baixos níveis de informação e escolaridade, dinâmica familiar associada à violência doméstica e o acesso particularmente difícil a serviços de saúde de qualidade”. Ainda, o Comitê mostrou preocupação com o aumento de gravidez na adolescência e, por conseguinte, o número de abortos não seguros e a ausência de acesso à assistência, o que decorreu, também, da presença de disposições punitivas impostas às mulheres na ocorrência de aborto (CEDAW, 2007).

Diante disso, as recomendações foram: 1) prosseguimento pelo Estado nos esforços de aumentar o acesso na assistência à saúde para as mulheres, principalmente, nas condições de saúde sexual e reprodutiva como bem ressalta o artigo 12 da Convenção, que pode ser interpretado junto ao artigo 5² e a Recomendação Geral 24 do Comitê sobre Mulheres e Saúde; 2) fortalecimento das medidas focadas na prevenção à gravidez indesejada e a ampliação de acesso às informações; 3) monitoramento da implementação do Pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna nos estados e municípios, com a criação de Comitês de mortalidade nas regiões do país que ainda não possuíam esse suporte; 4) disposição de atenção aos adolescentes, concedendo educação apropriada quanto às aptidões para a vida com o intuito de prevenir gravidez, HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); 5) revisão da legislação quanto

2 Artigo 5º: Os Estados-Partes tornarão todas as medidas apropriadas para: a) Modificar os padrões sócio-culturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a alcançar a eliminação dos preconceitos e práticas consuetudinárias e de qualquer outra índole que estejam baseados na idéia da inferioridade ou superioridade de qualquer dos sexos ou em funções estereotipadas de homens e mulheres. b) Garantir que a educação familiar inclua uma compreensão adequada da maternidade como função social e o reconhecimento da responsabilidade comum de homens e mulheres no que diz respeito à educação e ao desenvolvimento de seus filhos, entendendo-se que o interesse dos filhos constituirá a consideração primordial em todos os casos.

Artigo 12: 1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para 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. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas 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.



à criminalização do aborto para retirar disposições punitivas impostas às mulheres abortivas e 6) proporcionar o acesso das mulheres aos serviços de qualidade para a gestão de complicações decorrentes de abortos inseguros (CEDAW, 2007).

Por fim, na 51ª sessão, ocorrida entre 13 de fevereiro e 2 de março de 2012, o Comitê apontou suas preocupações e recomendações quanto ao 7º relatório do Estado brasileiro, pelo qual foi expressado o apreço ao Brasil, mas ressaltando que o conteúdo do informe não se referia às recomendações anteriores do Comitê. No entanto, observou que o Estado tomou medidas para a redução da taxa de óbito materno, tal como a criação, em 2011, do programa Rede Cegonha.

A preocupação do Comitê circunda o fato de este programa não abordar, suficientemente, as causas de mortalidade materna, pois se concentra nos serviços de cuidados às mulheres grávidas. A permanência na penalização para mulheres submetidas a abortos ilegais, no aumento da infecção de mulheres pelo vírus HIV/AIDS, bem como o prejuízo de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres por projetos de lei, em trâmite no Congresso Nacional, a exemplo do Estatuto do Nascituro (CEDAW, 2012).

Com isso, as recomendações ofertadas foram: 1) continuar os esforços em prol do aumento do acesso das mulheres aos cuidados de saúde, complementado com o monitoramento do programa Rede Cegonha, objetivando a redução efetiva na taxa de mortalidade materna, principalmente, entre os grupos de mulheres mais desfavorecidas, as pobres e as negras; 2) revisão da legislação incriminadora do aborto para eliminar sanções impostas às mulheres; 3) discussão e análise quanto aos impactos do Estatuto do Nascituro; e 4) incluir informações detalhadas no próximo relatório quanto aos Planos Estaduais Integrados de Combate à Feminização do HIV e outras DSTs, para contribuir a sua prevenção, seu diagnóstico e tratamento (CEDAW, 2012).

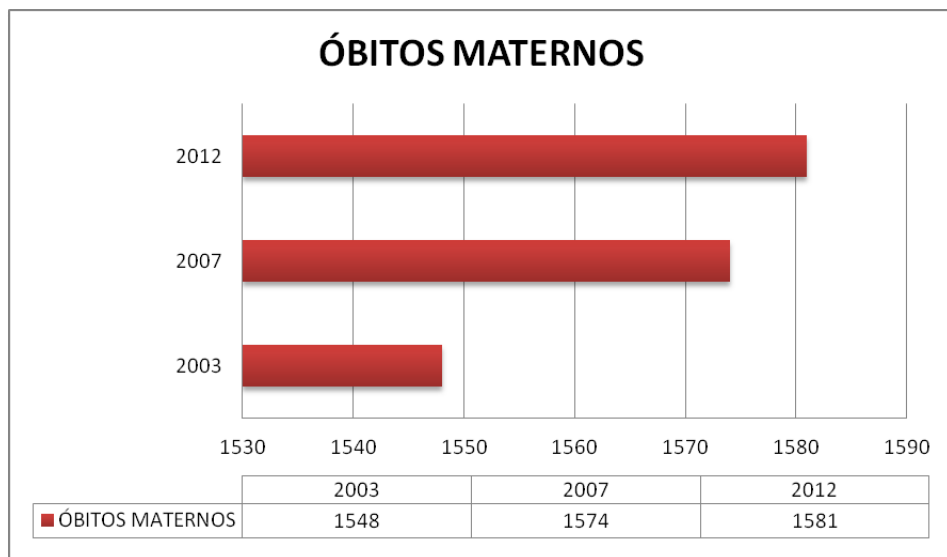
Denota-se, então, a recorrência nas preocupações e recomendações apresentadas pelo Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, quanto às violações aos direitos envolvendo direitos da saúde, principalmente, quanto às questões sexuais e reprodutivas. A realização de um comparativo entre os anos de 2003, 2007 e 2012, esses anos de manifestação pelo órgão internacional, observou-se o aumento do número de óbitos maternos, ao invés da redução no Brasil.

Com o uso do sistema Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna disponibilizado pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agra-



vos não Transmissíveis e Promoção de Saúde e o preenchimento de dados considerando os indicadores: óbito por residência, abrangendo o Brasil, contabilizando os óbitos maternos declarados, de acordo com a notificação de óbitos das mulheres, dentro da faixa etária de 10 a 49 anos de idade, abarcando todas as raças/cores, coletaram-se os seguintes dados:

Figura 5 – Taxa de mortalidade materna nos anos em que foram proferidas recomendações pelo Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Observa-se, portanto, o aumento na taxa geral de mortes maternas declaradas, mesmo com a implementação de programas e normas voltadas ao acesso e à assistência às mulheres. Por isso, as incessantes preocupações dispostas pela CEDAW, bem como demonstram a dificuldade e lentidão da proteção e efetivação aos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras.

As condições precárias da saúde, no país, também, estão sob a influência de outros fatores, exemplos das questões sociais quanto ao gênero, ao entendimento popular sobre igualdade entre homens e mulheres e a efetivação desses direitos devem ser postos em prática, pois, nessas recomendações há constante preocupação na falha em tornar real e efetivos, nas esferas do país, social, legislativa e judicial, direitos previstos na Constituição e tratados internacionais.



3.2 Levantamento de dados sobre a saúde pública no Brasil

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim sendo, é um direito social, conforme prevê o artigo 6º da Constituição, sendo regido, portanto, pelo princípio do atendimento integral exteriorizado no inciso II do artigo 198 da CF/88. Logo, o Estado brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), deve garantir os tratamentos e procedimentos necessários para manter a saúde humana (SARMENTO, 2005, p.85).

O Ministério da Saúde é o “órgão responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros”, devendo proporcionar “mais qualidade de vida ao brasileiro” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, *on line*).

Deste modo, com o acesso ao Portal do Ministério da Saúde é possível conhecer os aspectos institucionais do órgão, adentrar em assuntos específicos no âmbito da saúde, obter informações quanto às ações, aos programas, serviços e à gestão do Ministério.

O sítio *on line*, também, disponibiliza a coleta de dados e indicadores de saúde por banco de dados, entre eles há o TABNET, sistema disponível no site do portal da saúde do SUS, onde, pelo banco de dados DATASUS, são disponibilizadas informações para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, decisões tomadas baseadas em evidências e a elaboração de programas de ações. Portanto, com o seu uso acompanham-se dados quanta incapacidade, morbidade, às condições de vida, aos indicadores de Saúde, o acesso a serviços e etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, *on line*).

Contudo, com o manuseio deste banco de dados verificou-se que os dados disponibilizados possuíam restrição temporal, o que impossibilitaria o compilado de informações. Ainda, não foi possível a percepção de dados quanto à qualidade e ao efetivo aproveitamento do acesso e assistência à saúde.

Entretanto, tais informações são disponibilizadas pelo *Latinobarómetro*, corporação privada, sem fins lucrativos, com sede em Santiago do Chile, com a responsabilidade de promover o estudo do sistema de dados e na execução da distribuição destes (LATINOBARÓMETRO, *on line*).



A pesquisa realizada no site da corporação ocorreu com o acesso da aba “análise online”, no qual reduzi a pesquisa por localidade, no caso o Brasil, iniciando pelo ano de 1996, devido o uso deste lapso temporal correspondente ao ano no qual foi promulgado a Lei de Planejamento Familiar, método utilizado no desenvolvimento do capítulo 2 deste trabalho.

Após, selecionei o tópico “problemas pessoais, sociais e do país” selecionando o subtópico referente à saúde, que, continha dados obtidos em entrevistas com o intuito de identificar a resposta quanto ao seguinte questionamento: Diria que nos últimos 5 anos a qualidade da saúde teria diminuído, aumentado ou permanecido igual? (LATINO-BARÓMETRO, *on line*, tradução livre).

O mesmo questionamento foi realizado nos anos 1996, 1997 e 1998 sendo os resultados divididos em 7 (sete) fatores: 1) grande aumento; 2) aumento; 3) permaneceu igual (sem alterações); 4) diminuiu; 5) diminuiu muito; 6) não respondeu e 7) não sabe. Para a compilação dos dados obtidos serão considerados apenas 3 destes fatores, aumento, sem alterações e diminuição. Desse modo, as entrevistas realizadas resultaram nos seguintes dados:

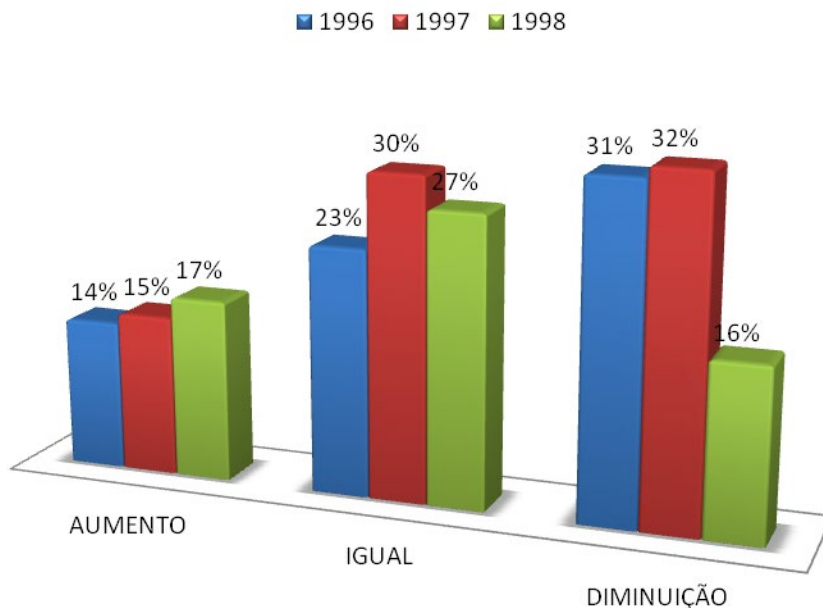
Quadro 1 – Qualidade da saúde

ANO	1996	1997	1998
AUMENTO	149	155	167
SEM ALTERAÇÕES	249	305	269
DIMINUIU	333	322	156
NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS	1.080	1.001	1.000

Fonte: Latinobarómetro (*on line*)

Denota-se, portanto, mesmo sendo o entendimento maior, no ano de 1998 o da ausência de alterações no serviço de saúde, a maioria das respostas recaíram para a diminuição da qualidade da saúde no país, tal como se observa a seguir:

Figura 6 – Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas no período dos anos de 1996, 1997 e 1998



Fonte: Latinobarómetro (*on line*)

No intuito de coletar outras informações, retornei ao menu inicial e pesquisei outros dados fornecidos, referentes à saúde no Brasil. Por conseguinte, acessei à aba “análise online”, preenchi o tópico “problemas pessoais, sociais e do país” selecionando o subtópico saúde e entre os anos de 2000, 2005 e 2006 foi realizada outra entrevista na qual se questionava “Se nos últimos 12 meses no país a qualidade dos hospitais públicos pioraram, melhoraram ou permaneceram os mesmos?” (LATINOBARÓMETRO, *on line*, tradução livre).

Mediante os mesmos indicadores e parâmetros da primeira entrevista, colheram-se os respectivos dados:

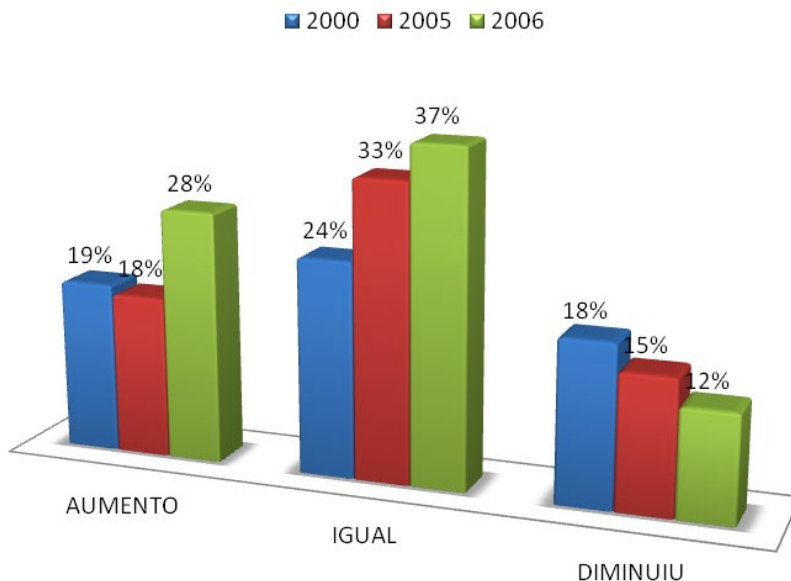
Quadro 2 – Qualidade dos hospitais públicos.

ANO	2000	2005	2006
AUMENTO	186	213	341
SEM ALTERAÇÕES	242	403	442
DIMINUIU	177	186	150
ANO	2000	2005	2006
NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS	1.000	1.204	1.204

Fonte: Latinobarómetro (on line)

Assim, diferente do 1º questionário, o entendimento majoritário é da permanência da qualidade dos hospitais públicos. Observa-se:

Figura 7 - Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas nos anos de 2000, 2005 e 2006



Fonte: Latinobarómetro (on line)

Por fim, uma última entrevista foi realizada, nos anos de 2003 a 2007 e 2016 com mesmo método que as pesquisas anteriores, questionou-se os entrevistados se eles diriam estão “muito satisfeitos, bastante satisfeitos, não muito satisfeitos ou nada satisfeitos com a saúde que possuem acesso?” (LATINOBARÓMETRO, *online*, tradução livre).

Considerando o foco deste trabalho, foi possível incluir na coleta dos dados quanto à satisfação do acesso à saúde, o indicador de sexo. Portanto, pode-se verificar a perspectiva de satisfação pelo gênero masculino e, pelo feminino, contribuindo para a percepção da realidade quanto à garantia de direitos, no âmbito da saúde das mulheres, que, como apontado no decorrer dos capítulos, não estão sendo efetivados devidamente. Diante disso, apontam-se os seguintes dados:

Quadro 3 – Satisfação no acesso à saúde pelo gênero masculino

HOMENS						
	2003	2004	2005	2006	2007	2016
Muito Satisfeito	43	45	29	57	31	23
Bastante Satisfeito	182	236	168	237	165	73
Pouco Satisfeito	175	175	246	206	206	174
Nada Satisfeito	177	118	129	72	167	299
Não conta com o serviço	-	-	-	3	4	-
Sem resposta	1	2	2	1	1	4
Número total de entrevistados	578	576	574	576	574	573

Fonte: Latinobarómetro (*on line*)



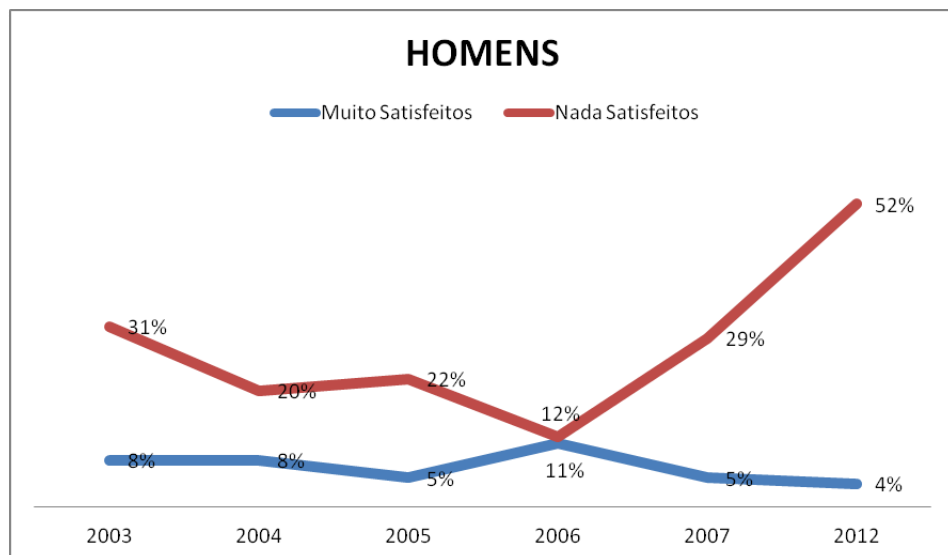
Quadro 4 – Satisfação no acesso à saúde pelo gênero feminino

MULHERES						
	2003	2004	2005	2006	2007	2016
Muito Satisfeita	47	42	54	57	41	10
Bastante Satisfeita	190	189	169	229	158	73
Pouco Satisfeita	192	229	257	230	202	179
Nada Satisfeita	192	162	147	108	226	358
Não conta com o serviço	-	-	-	3	2	-
	2003	2004	2005	2006	2007	2016
Sem resposta	1	6	3	1	1	11
Número total de entrevistadas	622	628	630	628	630	631

Fonte: Latinobarómetro (on line)

Consoante tais números, é possível construir um parâmetro comparativo entre os fatores “muito satisfeitos (as)” e “nada satisfeitos (as)” em distinção de gêneros. Veja-se:

Figura 8- Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas, no período dos anos de 2003 a 2007 e 2016

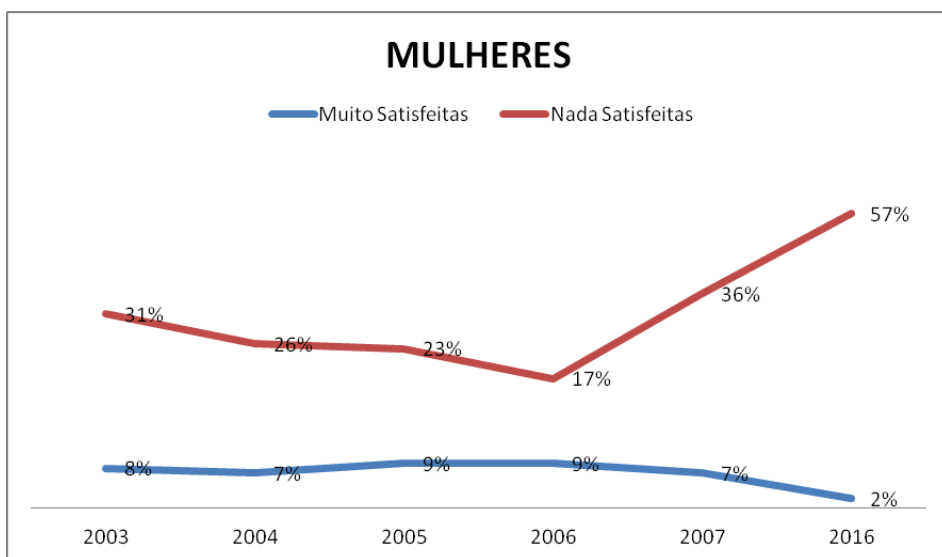


Fonte: Latinobarómetro (on line)

Denotam-se, então, porcentagens maiores quando se trata de satisfação, no acesso aos serviços de saúde pelo gênero masculino, entretanto, verifica-se a decadência da satisfação ao decorrer dos anos, de modo a alcançar 31% de insatisfação, ou seja, 299 homens de 573 entrevistados, no ano de 2016, demonstraram-se infelizes com a saúde brasileira.

Os dados obtidos, nas entrevistas, com as mulheres demonstram que quase a metade responderam estarem nada satisfeitas com os serviços de saúde, no decorrer dos anos em referência. Salienta-se o comparativo entre os fatores “muito satisfeitas” e “nada satisfeitas”:

Figura 9- Porcentagem com base no número total de respostas advindas das entrevistas realizadas, no período dos anos de 2003 a 2007 e 2016



Fonte: Latinobarómetro (on line)

Vê-se, então, que para as mulheres os índices indicam elevada insatisfação frente aos serviços de saúde, principalmente, entre os anos de 2006, 2007 e 2016. Desse modo, é possível confirmar os apontamentos dispostos pelo Comitê de Eliminação de Toda Forma de Discriminação Contra a Mulher, nas recomendações feitas nos relatórios produzidos pelo governo brasileiro, pois por mais que houvesse a implementação de ações e programas e a criação de normas para o amparo aos direitos das mulheres, a efetivação e o controle social de prejuízos e ameaças notórias à mulher, ainda, não alcançou um progresso viável as modificações positivas.

3.3 Políticas Públicas voltadas à proteção aos direitos da mulher

Os direitos das mulheres decorrem, principalmente, de movimentos sociais feministas, com o intuito de inserir na pauta dos debates, tanto políticos quanto legislativos, as formas de se garantir a proteção dessa parcela da população.

Assim, diversos são os direitos, principalmente, porque nos constituímos como seres de amplas características e para isso demandam-se diversos meios para mantermos-nos dignos dentro de uma sociedade. Entre estes há os direitos reprodutivos, categoria voltada para a saúde e com grande impacto para o gênero feminino, em razão tanto de aspectos sociais quanto biológicos, pois, quando se trata de reprodução, a maioria dos encargos são impostos para as mulheres e muitas podem ser as consequências de um insatisfatório acompanhamento, tanto antes, durante e após uma possível maternidade.

Nesses casos, é imprescindível o suporte estatal para o desenvolvimento do setor até para uma forma de alcançar uma harmonização social que possibilite a igualdade tão almejada. Com isso, pode-se dizer que os direitos reprodutivos estão resguardados por políticas públicas, no Brasil, desde 1983, com o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), contudo este amparo, até então, era de modo implícito (MATTAR; DINIZ, 2012, p.110).

O PAISM advém da conquista do movimento feminista que veio a ser efetivada pelo Ministério da Saúde, sendo um programa inédito, não apenas, voltado para a relação mãe e filho, mas como uma forma de proporcionar atenção à saúde da mulher (SANTOS NETO et al., 2008, p.110).

A instituição dessa ação ocorreu no período de reforma sanitária, propondo-se formas mais simétricas de relacionamento entre profissionais de saúde e as mulheres, ou seja, que se estabelecesse uma assistência, mediante práticas educativas garantindo a autonomia das mulheres quanto ao corpo, à saúde e à vida. Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou o Princípios e Diretrizes - PAISM, considerando-se a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a nova política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, *on line*).

Antes da instituição dessa nova modelagem do programa, em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articu-



lação do PAISM com outras áreas e a propositura de novas ações, quais sejam: “atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente”. Então se busca uma humanização na garantia desses direitos, logo, os objetivos dessa ação governamental era promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, contribuir com a redução da morbidade e mortalidade feminina e ampliar, qualificar e humanizar a assistência prestada às mulheres no SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.19 e 67).

Na década de 1990, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), efetivamente, instituído e regulamentado, em 1997, com a descentralização dos recursos do Sistema Único de Saúde. O PACS é uma estratégia para uma nova orientação à assistência ambulatorial e domiciliar, buscando prevenir doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados com a saúde, repassados pelos Agentes Comunitários da Saúde (ACS), mediante acompanhamento de um enfermeiro de alguma unidade de saúde, atuando como instrutor-supervisor. Portanto, a meta do programa “se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 05-08).

Para complementar o PACS, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que acrescentem ao PACS a assistência com foco na família, característica que faltava ao programa, no momento de contribuição dada pelos agentes à comunidade. Diante disso, foi buscado pelo governo, conforme *Guia Prático do PSF*, incentivar a implementação do programa pelos estados e municípios, pois como apontam, há grandes distorções quanto à assistência e à prestação do serviço de saúde, o que desestimula e não propõe credibilidade a essa ação, assim, afirmam que “as Unidades de Saúde da Família são as responsáveis por toda atenção básica das comunidades, sem que haja paralelismo na assistência prestada” (BRASIL, 2001, p.60).

Seguindo, no período de 1991, foi o desenvolvimento do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), remanifestando ações com foco na relação mãe - filho. Além disso, a proposta possibilitou alguns avanços, por exemplo: 1) assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; 2) melhoria na qualidade da assistência ao parto



e ao recém-nascido; 3) alojamento conjunto e reserva de berçários para os recém-nascidos, em risco; 4) incentivo ao aleitamento materno e 5) orientação para planejamento familiar com a supervisão e a avaliação do atendimento por sistema de informação perinatal (COSTA et al., 2010, p.62).

Nesse ínterim, denotou-se a elevação nas taxas de mortalidade materna, mesmo com a execução de ações e programas governamentais, voltados aos mecanismos que condicionassem a melhoria da assistência à saúde, principalmente, para as mulheres.

Desse modo, os óbitos refletiram no desenvolvimento, no ano de 1987, de Comitês de Morte Materna, organismos que buscam analisar óbitos maternos e propor medidas para a redução na região de abrangência, além de contribuir para avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher. Logo, entre os anos de 1993 a 1996 foram implementados comitês em todos os estados do país, com o apoio técnico do Ministério da Saúde para definição dos planos de ação, recursos financeiros e suporte para o alcance das adoções pelas autoridades sanitárias de medidas de prevenção a essas mortes. Por conseguinte, no ano de 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna formada por representantes de organizações governamentais, técnicos no assunto, sociedades científicas e movimentos feministas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.20-21).

No início de 2000, foi criado pela Portaria nº 569/2000 o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), tendo como objetivo a redução das elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal. Assim, a estratégia principal do programa é “a reorganização da assistência através da vinculação pré-natal, parto e puerpério, fazendo com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja realizada com qualidade e sob os trilhos da humanização” (COSTA et al., 2010, p.63) .

Então, tem-se a humanização como fundamento básico para a garantia da saúde, a Cartilha do Ministério da Saúde: *Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento* explica que a humanização possui, ao menos dois aspectos fundamentais, o primeiro remete-se ao dever das unidades de saúde de receberem as mulheres com dignidade devida a essas, bem como aos seus familiares e o recém-nascido, afastando-lhes do tratamento de isolamento. O segundo volta-se para a



adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, rechaçando práticas intervencionistas que acarretam riscos para a mãe e o seu filho (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.05-06).

Observa-se o aprimoramento do entendimento governamental quanto ao acesso à saúde, ao menos na teoria, pois se desenvolveu o pensamento da união entre a humanização e a garantia integral aos direitos das mulheres, principalmente, em questões envolvendo sua saúde. Portanto, no decurso dos anos, outros programas foram desenvolvidos. Por exemplo, o Programa *Viva Mulher*, lançado em 2002, tendo como prioridade a ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde, focando, primeiramente, no controle do câncer no colo do útero e da mama, mas, com o reconhecimento, também, do incentivo da assistência integral à saúde da mulher. E como mecanismo adicional, criou-se, no ano de 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, contribuindo para a proteção do binômio mãe – filho e a importância da melhoria da qualidade de vida (SANTOS NETO et al., 2008, p.113).

Em torno do ano de 2011, pela Portaria nº 1.459/2011, foi implantado o Programa Rede Cegonha, compilado de ações, com intuito de promover a qualidade ao acesso à saúde e sua prestação, de forma integral, à mulher e a criança, objetivando, inclusive, a redução das taxas de mortalidade. Entretanto, “esse programa pode não abordar suficientemente todas as causas de mortalidade materna, por se concentrar apenas em serviços de cuidados às mulheres grávidas” (CEDAW, 2012). Logo, se ver a sua importância, e também, a presença de lacunas na sua efetivação.

Outras normas e medidas foram executadas pelo Ministério da Saúde para ampliar os métodos de assistência integral e humanizada às mulheres, tais como podem ser citados: A) Atenção Humanizada ao abortamento, que demanda “abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.15); B) Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de 1º infância, bicos, chupetas e mamadeiras e o Pacto Pela Saúde – Portaria MS/GM nº 399, no ano de 2006; C) O Projeto de Lei nº 281/05, passando



a licença maternidade a ser de 180 dias e não mais 120 dias e D) Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 03/06/2008, sendo a regulamentação técnica para funcionamento dos serviços obstétrico e neonatal.

É inegável o vasto leque de medidas voltadas para a saúde da mulher, principalmente, tendo a Constituição Federal de 1988, como amparo legal, pois seu texto é ativo quando se trata de disposições de garantia aos direitos da mulher, uma forma de inserção na sociedade e no respeito à sua dignidade, tal qual é dado ao homem.

Mas, mesmo com essas inúmeras Políticas Públicas, obteve-se o questionamento se haveria outras e quais as ações e programas o Ministério da Saúde abrangia como essenciais para a promoção integral da assistência às mulheres. Diante disso e com o amparo da Lei nº 12.527/2011, que regulamenta o acesso às informações, previsto no artigo 5º, inciso XXXIII, artigo 37, §3º, inciso II e §2º do artigo 216 da CF/1988, foi enviado um requerimento para o referido órgão com as seguintes perguntas:

- 1) Quais foram as políticas públicas elaboradas, no Brasil (em esfera ministerial e estadual), especificamente, voltadas à proteção da mulher e à prevenção da mortalidade materna, no período compreendido entre janeiro de 1996 a outubro de 2018?
- 2) Das políticas públicas descritas, quantas já foram submetidas à avaliação de impacto?
- 3) As políticas públicas implementadas contaram com financiamento internacional?

Realça-se que o limite temporal previsto, na primeira pergunta, período de 1996 a 2018, foi assim definido para manter o mesmo parâmetro utilizado no capítulo dois deste trabalho, de modo a considerar a vigência da Lei de Planejamento Familiar até os dias de hoje, como forma de medir os impactos e as mudanças sociais possíveis de se abraçar quanto às questões de direitos reprodutivos.

Estabelecidos os questionamentos a serem feitos ao órgão, acessou-se o Portal do Ministério da Saúde, buscando a aba da Lei de Acesso à Informação do Governo Federal, presente neste link: <http://www.acaoainformacao.gov.br/>, seguidas as orientações presentes na página e com o preenchimento dos dados cadastrais, realizou-se o pedido



de informação que poderia ter o seu progresso consultado tanto pelo acesso ao portal, quanto por e-mail, pois são enviadas mensagens automáticas a cada resposta, ou alimentação feita ao requerimento.

Processado o pedido, no dia 05 de outubro de 2018, às 21h35min, foi gerado o número de protocolo 25820.006290/2018-18, que foi enviada ao nosso e-mail pessoal com a confirmação do processamento, além de algumas diretrizes, de como o pedido deveria ser processado dentro do prazo de 20 dias, conforme prevê o artigo 11, § 1º, da Lei nº 12.527/2011, ressaltando a possibilidade de prorrogação por mais 10 (dez) dias, mediante justificativa expressa, tal como dispõe o § 2º do citado artigo da referida Lei de Acesso à Informação.

Além disso, foi informado que na ausência de resposta, dentro do prazo citado, o sistema disponibilizaria, por 10 (dez) dias, contados da data limite de manifestação pelo órgão, botão para apresentação de recurso denominado reclamação, a ser dirigida à autoridade responsável pelo monitoramento da aplicação da norma, de acordo com o artigo 22 do Decreto 7.724/2012.

Em, no dia 8 de outubro de 2018, foi encaminhado um e-mail pela Ouvidoria do SUS com o perfil eletrônico: ouvidorsus@saude.gov.br, informando a confirmação de recebimento da mensagem anterior e repassando os dados como número e senha para o acesso ao acompanhamento, via web, do requerimento. No dia 09 de outubro de 2018, o segundo e-mail foi recebido pela Ouvidoria do SUS, com a seguinte mensagem: “registramos sua demanda, sob protocolo 2813275 e encaminhamos para *lai - Dapes Departamento De Ações Programáticas Estratégicas –SAS*. Seus dados pessoais serão resguardados, quando solicitado ou nos casos que acharmos conveniente, para sua maior segurança. Caso queira acrescentar novas informações, ou alterar dados do registro efetuado, por favor entre em contato com o nosso serviço de ouvidoria” (OUVIDORIA SUS, 2018, *on line*).

Após este e-mail, a comunicação foi retomada, em 26 de outubro de 2018, às 10h56min, quando nova mensagem foi encaminhada, informando a prorrogação na referida data por mais dez, com fundamento no art. 11, § 2º, da Lei nº 12.527/2011, portanto, o limite do novo prazo foi estabelecido para o dia 08/11/2018. O motivo/justificativa da prorrogação foi a indisponibilidade temporária da informação solicitada, no prazo previsto na norma.



Como previsto, no dia 08 de novembro de 2018, às 15h45min, foi encaminhada a resposta pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil ao requerimento realizado, sendo demonstrado que a resposta poderia ser conferida tanto pelo documento, em anexo³, enviado junto ao e-mail, bem como através do acesso ao portal eletrônico mediante a opção do menu do sistema “Consultar Pedido”.

Em resposta ao primeiro questionamento, o departamento criou um quadro, onde havia três seções: 1) a política pública criada; 2) o ano do seu desenvolvimento e 3) o link no qual poderia ter o acesso a elas ou informações sobre. Segue quadro:

Quadro 5 – Resposta do Ministério Público quanto às Políticas Públicas adotadas para a saúde da mulher, no país, no período entre 1996 a outubro de 2018

Política Pública	ANO	Endereço para pesquisa
Lei do Planejamento Familiar N°9263	1996	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - ORTARIA N° 569, DE 1° DE JUNHO DE 2000.	2000	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
Publicação do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna	2002	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal	2004	http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf
Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Balanço das Ações	2007	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf



Lei Nº11.634, de 27/12/2007 - direito da gestante à vinculação previa à maternidade, onde receberá assistência	2007	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
Portaria Nº1.119, de 5/07/2008 – regulamenta Vigilância de Óbito Materno	2008	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html
Publicação do Guia de Vigilância do Óbito Materno	2009	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
Publicação dos Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva	2010	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
Publicação do Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno	2011	http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Preench_Obito_Materno_2011_jan.pdf
Portaria Nº1.459, de 24 de junho de 2011 – Institui a estratégia Rede Cegonha no âmbito do SUS	2011	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica – Guia Técnico	2013	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guiatecnico.pdf
Projeto Parto Adequado – em parceria com ANS	2015	http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado
Publicação do Cuidando de Adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde. Sexual e a Saúde Reprodutiva	2016	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf
Publicação do Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	2016	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana	2016	http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf



Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal	2017	http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_DiretrizesNacionais_PartoNormal_versao-final.pdf
Lançamento do projeto APICE ON - Aprimoramento e Inovação do Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia	2017	http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/
Lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres	2018	http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/1a-semana-de-mobilizacao-pela-saude-das-mulheres/
Projeto Parto Cuidadoso – instituiu o monitoramento da Rede Cegonha em plataforma digital	2018	http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais
Portaria Nº2.234, de 23 de julho de 2018 – instituiu a “Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres”	2018	http://www.imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/40875501/do1-2018-09-14-portaria-n-2-234-de-23-de-julho-de-2018-40875278

Fonte: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil (2018, *on line*).

Quanto ao segundo questionamento, a resposta ofertada foi que o Ministério da Saúde não fez avaliação de impacto das iniciativas resumidas no quadro e não se poderia mensurar qual a queda no número de mortes maternas que cada iniciativa promoveu. E o que se poderia encontrar seria um Balanço de Resultados do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2007, presente no portal da biblioteca virtual em Saúde, do Ministério da Saúde.

Portanto, não há disponibilidade dos dados quanto aos impactos, contudo, é possível verificar as taxas de mortalidade materna por outros sistemas, mas sem especificar quanto à aplicação dos referidos programas. Como exemplo, tem-se o Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna disponibilizado pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde, mesmo banco de dados utilizado para a formação das estatísticas presentes no



capítulo anterior, quanto às taxas de óbitos ocorridos no ano de 1996 até outubro de 2018.

Por fim, quanto à pergunta se as políticas públicas implementadas para redução da mortalidade materna contaram com financiamento internacional, a resposta obtida é a de que a referida informação não é de conhecimento, no âmbito da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres.

Por mais que, apenas, uma das perguntas formuladas tenha obtido êxito, é possível salientar que não há falta de medidas providenciadas pelo governo, com o objetivo de incrementar a implementação do amparo integral de acesso à saúde, de forma digna, pelas mulheres, o que nos remete a dúvida de quais seriam os motivos que tornam ineficazes a prática dessas ações e programas, pois, com todo o relato feito até então, viu-se a insistência da atuação do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, na aplicação de recomendações frente às suas preocupações que, desde 2002, se demonstram preocupados com as condições e a qualidade de vida das mulheres, principalmente, quanto à proteção aos seus direitos reprodutivos e à assistência à saúde.



4 CASO ALYNE PIMENTEL VERSUS BRASIL

Afirma Beauvoir (2016, p.183), “os países latinos, como os países orientais, oprimem a mulher pelo rigor dos costumes mais do que pelo rigor das leis”. E por meio dessa sentença é possível observar que muitas das condições impostas às mulheres decorrem de ações humanas, baseadas em um conjunto de paradigmas, muitas vezes, intrínsecos a um entendimento social de um território que, inconscientemente, conduz as situações de precariedade e violação da mulher, como ser humano, sem causar transtornos gerais, principalmente, em curto prazo.

Assim, mesmo com nossas leis sendo reflexos dos costumes sociais, pode-se dizer que houve uma evolução, ao menos teórica, de quais seriam os direitos e a quem devem ser garantidos, a dificuldade se encontra na prática dessas normas e o que se avalia nas situações infortunadas da realidade humana.

Neste capítulo, será trabalhado o caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, brasileira, 28 anos, negra, pobre, grávida pela segunda vez, mas, que por má prestação de serviço de saúde, faleceu de hemorragia pós-parto, em 16 de novembro de 2002, de modo que “sua morte levou à primeira decisão de um órgão de tratado internacional, em 2011, responsabilizando um governo por uma morte materna evitável” (COOK, 2014, p.145).

Por conseguinte, serão tratadas as condições que levaram a interposição de denúncia perante o Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, as razões que a ação interposta perante à justiça brasileira, meses após o falecimento de Alyne não resultou em eficácia, e como o governo se manifestou quanto ao caso, considerando-se atitudes práticas adotadas no país, como políticas públicas e ações estratégicas. Ressaltando a importância que esses dados que obtidos, com a sequência de fatos envolvidos no caso Alyne e a atuação do setor da saúde em que Estado brasileiro, exerce sobre a redução (ou tentativa) de redução da mortalidade materna no país.

4.1 Identificação do caso fático

Alyne da Silva Pimentel Teixeira, cidadã brasileira, negra, nasceu em 29 de setembro de 1974 e infelizmente faleceu em novembro de



2002, quando estava com 28 anos de idade, grávida de seis meses, casada e com uma filha, que, por motivos de necessidade de sigilo, será nomeada A.S.P, nascida no dia 02 de novembro de 1997.

Conforme a comunicação nº 17/2008, submetida, no dia 20 de novembro de 2007, ao Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, por Maria de Lourdes da Silva Pimentel, mãe de Alyne Pimentel, representada pelo *Center For Reproductive Rights* e a Advocacia Cidadã, o óbito decorreu de violência obstétrica e omissão do Estado brasileiro, na garantia de devido acesso ao sistema de saúde (público e privado).

De acordo com a descrição dos fatos constantes na Comunicação (CEDAW, 2011), manifestados por Maria de Lourdes, a delicada situação de Alyne teria começado em 11 de novembro de 2002, quando após passar mal, sentindo intensas náuseas e dores abdominais, encaminhou-se para a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, localizada em Belford Roxo no Rio de Janeiro. Como dito, ela estava no 6º mês de gravidez e mesmo assim o ginecologista obstetra, no Centro de Saúde, prescreveu remédio para as náuseas, vitamina B12 e um medicamento para infecção vaginal, bem como requereu exame de sangue e urina para serem realizados, no dia 13 de novembro, ou seja, 2 dias após o seu primeiro comparecimento ao ambiente médico.

Receitados os medicamentos, Alyne foi liberada para ir para casa, contudo, entre os dias 11 e 13 do citado mês, a sua condição piorou consideravelmente, o que a fez retornar ao Centro de Saúde, com a sua mãe, no dia 13, para rever o médico. Lá, Alyne foi examinada e verificaram a ausência de batimentos cardíacos do feto, sendo confirmado por ultrassom o falecimento. Os médicos informaram para a gestante que seria necessário o uso de medicamentos para induzir o parto do feto, de apenas 27 semanas, após algumas horas foi possível a realização do parto, e, imediatamente, Alyne se sentiu desorientada (CEDAW, 2011, p.03).

Verificou-se que a placenta não tinha sido, totalmente, removida no momento do parto. Desse modo, 14 horas após a indução do parto, foi realizada a cirurgia para a retirada dos restos de placenta. Mesmo assim, as condições, apenas, pioravam, o quadro da gestante incluía hemorragia severa, vômito com sangue, pressão baixa, desorientação, extremo cansaço e impossibilidade de se alimentar. E, enquanto isso,



mãe e marido de Alyne não puderam visitá-la, pois foram informados de que ela estaria bem (CEDAW, 2011, p.03).

Um dia após, 15 de novembro, a situação de Alyne agravou e os médicos tentaram reverter a situação, contudo, não foi possível. Informaram à sua mãe que os sintomas de hemorragia, baixa pressão eram compatíveis com mulheres que nunca receberam atenção de pré-natal e que ela precisaria de transfusão de sangue. Já com o marido e mãe no centro médico junto a Alyne, os assistentes da Casa requereram a ficha médica do pré-natal, em razão da não localização. Verificada a piora da paciente, os médicos tentaram transferir Alyne para outro ambiente médico e apenas o Hospital Geral de Nova Iguaçu no Rio de Janeiro tinha espaço disponível para recebê-la, mas se recusaram, pois apenas possuíam 1 ambulância disponível no momento. Os parentes da gestante não tinham condições financeiras para arcar com ambulância privada, então ela precisou esperar 8 horas, em condição crítica, entrando em coma 2 horas antes de ser transportada (CEDAW, 2011, p.03-04).

No hospital, ela já estava hipotérmica, com dificuldades respiratórias e coagulação intravascular. Sua pressão baixou, ainda mais, sendo necessário ressuscitá-la. Ressalta-se a ausência de espaço no hospital, de modo que Alyne foi posta no corredor da sala de emergência, devido à ausência de macas disponíveis. Neste período de tempo, ainda não se tinha acesso ao seu prontuário médico, ocasionando na requisição pelos atendentes do hospital na ida da mãe de Alyne ao Centro de Saúde para pegar o documento, sendo questionada na Casa de Saúde do porquê da necessidade de acesso ao prontuário. (CEDAW, 2011, p.04).

Alyne Pimentel morreu no dia 16 de novembro às 19hs, a causa da morte posta na autópsia foi hemorragia digestiva, resultante, de acordo com os médicos, do parto do natimorto. No dia seguinte, o hospital pediu a Maria de Lourdes que devolvesse as informações médicas de Alyne ao Centro de Saúde, momento no qual lhe informaram que a causa da morte decorreu da morte do feto e, apenas, após certo tempo terem verificado a ocorrência do falecimento. Sendo assim, em 11 de Fevereiro de 2003, o esposo de Alyne ajuizou ação judicial contra o sistema de saúde por danos morais e materiais (CEDAW, 2011, p.03).



4.2 Ação interposta no Judiciário Brasileiro X Comunicação a CEDAW

Consoante Relatório do governo brasileiro de agosto de 2014, quanto ao Caso Alyne da Silva Pimentel à CEDAW, uma Ação Cível de nº 2003.001.015774-2, foi ajuizada na Justiça Estadual do Rio de Janeiro, em 30 de novembro de 2002, ou seja, no mesmo mês do seu falecimento, com o intuito de obter reparação moral e material contra o Estado (BRASIL, 2014, p.01).

Considerando-se saber do número do processo judicial, foi acessado o sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e feita a consulta processual, com a inclusão do mencionado número, resultando nas seguintes informações: 1) O atual número do processo é 0015253-21.2003.8.19.0001 com distribuição, no dia 11 de fevereiro de 2003, para a 9ª Vara de Fazenda Pública/Cartório da 9ª Vara da Fazenda Pública, com endereço na Rua Erasmo Braga, nº115, Sala 418, 4º andar, Centro da Cidade do Rio de Janeiro; 2) Assunto: Dano Moral/ Responsabilidade da Administração e materiais e 3) Classe: Procedimento Comum. (TJRJ, *online*).

Frente à ausência de acesso aos autos do processo e com as notas expressas na Comunicação ao Comitê (CEDAW, 2011, p.07-08), resalta-se que constam dois pedidos realizados pelo marido de Alyne, no processo instaurado para concessão de Tutela Antecipada, o primeiro, em 11 de fevereiro de 2003 e segundo, em 16 de setembro de 2003, ambas negadas. Passaram-se quatro anos e não houve decisão pelo Poder Judiciário brasileiro.

Como dito, em novembro de 2007, o *Center for Reproductive Rights*, órgão internacional que busca promover a autonomia reprodutiva como direito humano fundamental a ser respeitado, protegido e garantido por todos os governos (*CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, online*) e a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (Advocaci), organização brasileira, entraram com denúncia internacional frente ao Comitê, em nome de Maria Lourdes Pimentel, mãe de Alyne, alegando-se as violações aos direitos de acesso à justiça, à saúde sem discriminação e à vida de Alyne pelo Estado brasileiro, previstos nos artigos 1ª, 2ª e 12ª da Convenção⁴.

⁴ Artigo 1o: Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que



Assim, as principais observações feitas pelo Comitê foram quanto ao exame do caso frente ao direito à saúde, no contexto da Constituição Federal e a correspondente competência política, e setor privado, considerando os ditames do artigo 196 da CF/1988 que aponta a saúde como um direito de todos e dever do Estado, mediante acesso igualitário. Ressaltando a condição das instituições privadas de saúde que poderão ser incorporadas no sistema público de saúde, quando o serviço disponível seja insuficiente para garantir a população de um território (CEDAW, 2011, p.09-10).

O Comitê informa que após ser comunicado e o Estado brasileiro ter sido contatado, este se manifestou alegando que a causa da morte de Alyne decorreu de causas não maternas e que, provavelmente, teria sido devido à hemorragia digestiva, sendo anexada à manifestação o documento da investigação do Comitê de Mortalidade Materna. Após, o Estado demonstra a possibilidade de falhas na assistência à saúde

tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Artigo 2º: Os Estados Partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a: a) Consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas constituições nacionais ou em outra legislação apropriada o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados a realização prática desse princípio; b) Adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proibam toda discriminação contra a mulher; c) Estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher numa base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação; d) Abster-se de incorrer em todo ato ou prática de discriminação contra a mulher e zelar para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação; e) Tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa; f) Adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher; g) Derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher. Artigo 12:1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para 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. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas 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.



prestada pela Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora da Glória, sendo um estabelecimento privado autorizado para fazer procedimentos de média e alta complexidade.

Com isso, o Ministro da Saúde requereu que o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema de Saúde conduzisse uma visita técnica ao município de Belford Roxo e Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro para apurar fatos quanto ao caso e verificar a possibilidade de erro ou negligência médica no caso de Alyne (CEDAW, 2011, p.11).

Nas considerações, em questão, de mérito feitas pelo Comitê, esse afirmou que, mesmo o Brasil tendo arguido como causa do óbito de Alyne uma hemorragia digestiva, a morte estaria ligada às complicações obstétricas. Vê-se essa condição nos sintomas já descritos e na demora na realização dos testes necessários, contribuindo para a deterioração da condição da gestante. Assim, trata-se de uma causa materna, não tendo sido prestado o devido acesso à assistência a saúde como prevê a Recomendação Geral nº 24 da CEDAW e, observa o Comitê a relação entre discriminação de gênero e indevido serviço prestado (CEDAW, 2011, p.19).

Logo, o Estado brasileiro violou os artigos 2 e 12 da Convenção, falhando ao garantir efetiva proteção judicial e o provimento de remédios judiciais adequados ao caso, pois se observou a ausência de estabelecer responsabilidade para aqueles responsáveis de providenciar atendimento médico a Alyne Pimentel.

4.2.1 Decisão do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e os seus impactos na atuação do Estado brasileiro

Por conseguinte, em 2011 o Comitê emitiu sua decisão, reconhecendo danos morais e materiais pelo Estado brasileiro, recomendando, por conseguinte: a) reparação apropriada, incluindo adequada compensação financeira ao autor e à filha de Alyne; b) garantir às mulheres o direito à maternidade segura e o acesso de todas as mulheres na adequada atenção à emergência obstétrica, com fundamento na recomendação geral de nº 24; c) treinamento profissional aos profissionais da área da saúde, nas questões quanto aos direitos de reprodução, com tratamento médico de qualidade; d) treinamento ao judiciário e aces-



so às medidas efetivas em caso de violação aos direitos reprodutivos; e) acesso ao sistema privado de saúde; f) imposição de sanções aos profissionais da saúde que violem direitos reprodutivos da mulher e g) redução preventiva em mortes maternas com a implementação de Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna, nos estados e municípios que ainda não possuem, considerando as recomendações feitas ao país, no ano de 2007 (CEDAW, 2011, p.20).

Ainda, foi reconhecido pelo comitê que o Estado é responsável pela ação de instituições privadas concessionárias de serviços médicos, devendo o Estado regular e monitorar essas instituições, para que forneçam a atividade de forma apropriada, respeitando a Convenção e os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (*CENTER FOR REPRODUCTIVES RIGHTS*, ano, p.03).

Com a decisão do Comitê, o judiciário brasileiro manifestou-se, em dezembro de 2013, sendo proferida sentença pelo juízo de primeira instância. Com o acesso aos dados do processo, tal como mencionado, não foi possível o manuseio virtual dos autos, devido à necessidade de senha para o seu acesso. E, também, não foi possível checar quais informações da sentença teriam sido publicadas no Diário Eletrônico da Justiça do Estado do Rio de Janeiro, pois ao acessar o site eletrônico⁵ foi requerida a data da publicação, inscrição na OAB e número do processo, sendo esta a única informação conhecida.

Com o objetivo, portanto, de ter conhecimento das medidas e de entendimento tomado pelo Juízo da 9ª Vara da Fazenda Pública da Comarca do Estado do Rio de Janeiro, foi acessada a aba de Acesso à Informação no site do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, na qual pela ouvidoria do Tribunal é possível encaminhar manifestação. Desta forma, foi enviado pedido, solicitando orientações sobre a forma como poderia acessar a publicação da sentença presente nos autos do processo. Preenchidos os dados e realizado o requerimento, foi encaminhado um e-mail automático informando o número da manifestação: 2018/37229, para consulta do seu andamento. Porém, até então não houve retorno ao e-mail, bem como pelo próprio site, não constando nenhuma movimentação quando se acessa o andamento da manifestação.

Ao Relatório do Governo brasileiro quanto ao caso Alyne, é possível verificar o dispositivo da sentença proferida no processo (BRASIL,

⁵ <https://www3.tjrj.jus.br/consultadje/default.aspx>



2014, p.40)⁶, julgando procedente, em parte, o pedido para condenar o município de Nova Iguaçu ao pagamento de indenização por danos morais, na quantia de R\$406.800,00 (quatrocentos e seis mil e oitocentos reais), corrigidos monetariamente e acrescidos de juros de mora, a partir do dano. Além disso, julgou procedente, em parte, o pedido de pensionamento a ser pago pelo município de Nova Iguaçu em pensão mensal no valor de um salário mínimo à filha de Alyne, até que essa atinja a maioridade. Por fim, o julgamento improcedente do pedido indenizatório por danos materiais, contudo, não é possível declarar as motivações para sua improcedência, por ausência da fundamentação presente, na decisão ao documento mencionado.

Consoante o artigo 199 da Constituição Federal de 1988, a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, com fundamento na saúde, sendo um direito de todos e um dever do Estado, segundo o artigo 196 do mesmo diploma. Então, verifica-se incorreto o posicionamento do magistrado que julgou o processo na 1ª Instância, pois devido à existência do convênio especial firmado com o governo municipal de Belford Roxo para a prestação de serviços públicos de saúde. (COOK, 2014, p.170).

Logo, aplica-se ao caso a disposição do artigo 37, §6º da Constituição, portanto, o Estado responde, diretamente, pelos danos e prejuízos causados por seus agentes, mesmo que esses sejam pessoas jurídicas de direito privado que realizaram convênio com o Estado.

6 JULGO PROCEDENTE EM PARTE o pedido formulado pela 2ª Autora, A.S.P, para condenar o Município de Nova Iguaçu ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 406.800,00 (quatrocentos e seis mil e oitocentos reais), corrigidos monetariamente a partir da presente data, na forma da Súmula 362/STJ e acrescidos de juros de mora a partir do evento danoso, nos termos da Súmula 54/STJ. JULGO PROCEDENTE em parte o pedido de pensionamento, para condenar o Município de Nova Iguaçu ao pagamento de pensão mensal no valor de um salário mínimo à Autora Alice, até que esta atinja a maioridade, como requerido na inicial, sendo desnecessária a constituição de capital garantidor pela Fazenda Pública, a qual deverá incluir a referida Autora em folha de pagamento, seno devido tal verba desde a data do falecimento de sua genitora, observando-se, em relação ao pensionamento vencido, o salário mínimo vigente a cada mês e acrescido de juros contar do evento danoso (Súmula 54/STJ). Por fim, JULGO IMPROCEDENTE o pedido indenizatório por danos materiais nos termos da fundamentação supra. No que tange ao índice de correção monetária e ao percentual dos juros de mora, deixo de aplicar o disposto no art. 5º da Lei 11960/09 diante da declaração de inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento das ADIs nº 4357 e 4425, em março de 2013 (precedente TJRJ: AC 015966-19.2011.8.19.0001, Rel. Des. Jesse Torres e AC 0347018-87.87.2010.8.19.0001, Rel. Des. Mônica de Farias Sardas). (...)

Ainda pelo Relatório do Governo brasileiro quanto ao caso, consta a realização, no ano de 2014, de acordo extrajudicial⁷ entre o Estado e Maria de Lourdes da Silva Pimentel. O acordo possui seis cláusulas, a primeira refere-se à responsabilidade do Estado brasileiro no cumprimento direto da reparação financeira a Lourdes, atendendo o item 1 da Recomendação da CEDAW. A Cláusula segunda menciona o objeto do acordo, o pagamento pelo Brasil da reparação financeira proporcional à gravidade de violação aos direitos humanos da vítima e a definição dos parâmetros dessa reparação. A terceira, ainda, trata da reparação financeira indenizatória, de modo a definir a importância a ser paga, no montante de US\$ 55.537,00 (cinquenta e cinco mil, quinhentos e trinta e sete dólares) convertidos em reais, conforme o câmbio vigente na Bolsa de Nova Iorque, no dia anterior à data de pagamento (BRASIL, 2014, p. 31-33).

A quarta cláusula aborda os parâmetros da reparação financeira pelo Estado brasileiro, caso o trâmite perante o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro não seja beneficiado por qualquer indenização. A quinta cláusula prevê a renúncia de Maria de Lourdes a direito indenizatório, perante instâncias jurisdicionais nacionais ou internacionais. E, por fim, a sexta prevê a homologação do acordo com a aceitação de ambas as partes, constando a assinatura da Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Sra. Maria do Rosário Nunes. Ministra de Estado Chefe da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, Sra. Eleonora Menicucci de Oliveira e o *Center for Reproductive Rights* (BRASIL, 2014, p. 31-33).

4.2.2 Reparações realizadas no caso Alyne versus Brasil

O montante a ser pago seria de responsabilidade do Estado brasileiro, frente à renúncia da gestante da vítima por recebimento de indenizações perante instâncias jurisdicionais. Logo, a quantia de US\$ 55.537,00 (cinquenta e cinco mil, quinhentos e trinta e sete dólares) se subdividia em: 1) US\$ 20.000,00 (vinte mil dólares americanos) para Maria de Lourdes da Silva Pimentel como compensação pelo sofrimento e demora do Poder Judiciário no julgamento do processo nº 0015253-21.2003.8.19.0001 tramitando, originalmente, na 9ª Vara da

⁷ Anexo C



Fazenda Pública da Comarca da Capital do Rio de Janeiro; 2) US\$ 30.000,00 (trinta mil dólares americanos) pela intensa dor e sofrimento vividos por Alyne nos três dias anteriores ao seu falecimento, frente às falhas e à falta de prestação de assistência no Centro Médico de Belford Roxo e no Hospital de Nova Iguaçu; 3) US\$ 537 00 (quinhentos e trinta e sete dólares americanos) referentes ao custeio do funeral e 4) US\$ 5.000,00 (cinco mil dólares americanos) para Maria de Lourdes por ter sido impedida de trabalhar para cuidar de sua neta (BRASIL, 2014, p.33).

Devido à morte de Alyne, seu marido abandonou a filha, que ficou nos cuidados de sua avó, Maria de Lourdes. E para isso, Lourdes precisou parar de trabalhar como doméstica. Sustentando-se, apenas, com benefícios de sua aposentadoria e o pouco dinheiro dado pelo avô de A.S.P. A filha de Alyne desenvolveu problemas com a fala e possui dificuldades com a sua educação. Percebe-se, então, o grande impacto dos danos causados a Alyne, refletindo após sua morte em sua família (CEDAW, 2011, p.14).

Objetivando ter acesso aos efetivos dados da reparação feita pelo Estado brasileiro, foi acessado o site eletrônico do Portal da Transparência do Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, frente à responsabilidade dessa Pessoa Jurídica de Direito Público, no caso Alyne.

Utilizamos o sistema de busca geral do portal, inserindo o nome da genitora de Alyne, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, obtendo 713 resultados, considerando o filtro despesa e os subfiltros: a) compras e contratações; b) transferências de recursos; c) convênios e outros acordos; d) execução orçamentária e financeira da despesa; e) gasto com cartão de pagamento e f) documentos de pagamentos. Restringindo o filtro, apenas, para documentos de pagamentos, não foi possível reduzir a quantidade de resultados para especificar a busca, pois todas as vezes em que tentamos reformular e recarregar a página eletrônica, aparecia mensagem “aconteceu um erro no nosso servidor. Tente novamente”.

Porém, mesmo com a amplitude da pesquisa geral, foi possível identificar o detalhamento do documento de pagamento referente à indenização garantida pela Secretaria de Direitos Humanos vinculada à Presidência da República⁸, na qual continham os seguintes dados:

⁸ <http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas/pagamento/200016000012014OB800721?ordenarPor=fase&direcao=desc>



Quadro 6 – Detalhamento do pagamento realizado pelo Governo brasileiro no caso Alyne

CAMPOS	DADOS
Número do documento de empenho	2014OB800721
Fase	Pagamento
Data	17 de março de 2014
Tipo de documento	OBC/OBB para terceiros em outros bancos
Descrição	Ordem Bancária (OB)
Valor do documento	R\$ 131.239, 48 (cento e trinta e um, duzentos e trinta e nove reais e quarenta e oito centavos)
Observações do documento	Pagamento de indenização devido pelo SDH/PR por meio de acordo extrajudicial visando reparação financeira indenizatória proporcional a gravidade das violações de direitos humanos
Dados do favorecido	Maria de Lourdes da Silva Pimentel
Dados do órgão pagador	Órgão Superior 20000 – Presidência da República; Órgão/ Entidade Vinculada 64000 – Secretaria de Direitos Humanos; Unidade Gestora 200016 – Secretaria de Direitos Humanos/PR; Gestão 0001 – Tesouro Nacional
Empenhos impactados	2014NE000062 – pago: R\$ 131.239,48 (cento e trinta e um mil duzentos e trinta e nove reais e quarenta e oito centavos);
Documentos relacionados	Data – 17/03/2014, fase – empenho, espécie: original;
Bancos destinatários	“nenhum registro encontrado”;
Faturas pagas	“nenhum registro encontrado”;
Precatórios pagos	“nenhum registro encontrado”;

Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (*on line*)



Ressalta-se que o documento referente ao empenho, descrito no tópico X, ao tentar baixá-lo, devido à disponibilidade de acesso ao detalhamento do documento de pagamento, demonstrava erro, não havendo dados no documento, em anexo, à página on line do referente à despesa devida à genitora de Alyne. Entretanto, entre os anexos do Relatório, a CEDAW do Governo brasileiro quanto ao caso (BRASIL, 2014, p.26-29), consta cópia da ordem de pagamento (memorando nº29/2014-CGEOF/SGPDH/SDH-PR, de 18 de março de 2014).

Além da reparação financeira, houve reparações simbólicas, como a reinauguração da Maternidade Municipal de Nova Iguaçu – Maternidade Mariana Bulhões com a nova denominação “Alyne Pimentel” seguida dos dizeres ‘reparação simbólica e reconhecimento da sua morte evitável, pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde das mulheres’ e outra placa foi colocada na Maternidade Estadual do Rio de Janeiro - Maternidade Mãe Mesquita, no espaço de convivências das gestantes, com os dizeres ‘ à Aline Pimentel, sua mãe e sua filha – Aqui onde colaboramos com a natureza no trazer à vida damos o 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, 2014, p.03).

4.2.3 Recomendações da CEDAW ao caso e a resposta do Governo brasileiro

Como mencionado e conforme consta na Comunicação nº 17/2008, algumas recomendações foram realizadas pelo Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, ao Estado brasileiro, após declarar a efetiva violação aos dispositivos da Convenção frente ao falecimento de Alyne Pimentel, decorrente de ausência de prestação adequada de saúde, violência obstétrica, discriminação de gênero, raça e social.

Assim, far-se-á uma análise das recomendações feitas e as respostas apresentadas pelo Governo brasileiro, no seu relatório encaminhado à, CEDAW, no ano de 2014. A primeira recomendação, em específico para o caso, foi referente à apropriada reparação financeira para a mãe e filha de Alyne, o que já ocorreu, conforme exposto acima. Em seguida, foram feitas seis recomendações gerais pelo Comitê.



Primeiramente, recomendou às mulheres ao direito à maternidade segura e o acesso de todas as mulheres à adequada atenção na emergência obstétrica. Assim, o Governo brasileiro informou a criação pelo Governo da União, do Programa Rede Cegonha, estratégia para acelerar a qualificação da atenção obstétrica e das redes perinatais, voltando-se para uma assistência humanizada e com qualidade. Com o intuito de garantir a melhora da saúde disposta à mulher e a redução das taxas de mortalidade materna, foram criadas ações e programas que estão dispostas no capítulo 3 deste trabalho, entre elas: a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, Organização da Atenção às Mulheres em processo de abortamento e em situação de violência (BRASIL, 2014, p.04).

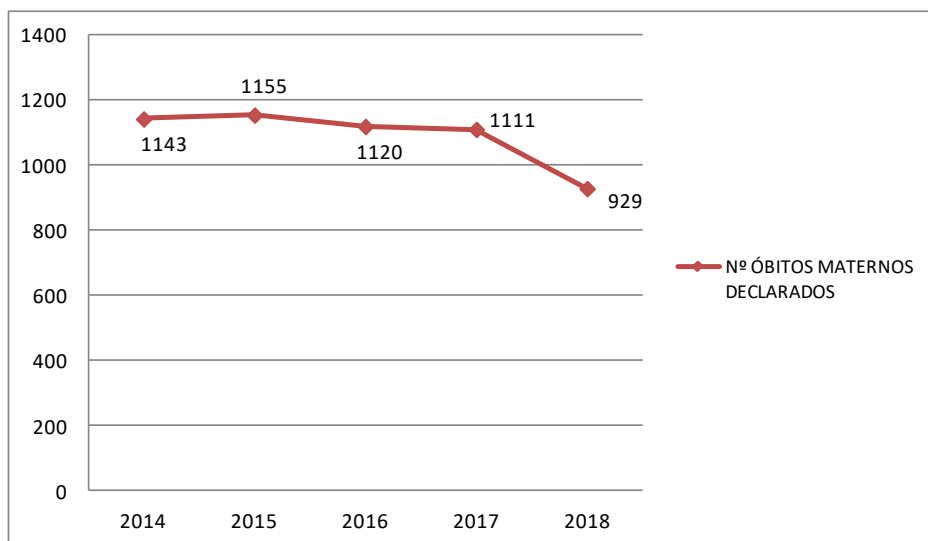
Com esses dados, é possível verificar que houve implementação de políticas públicas pelo Estado, buscando melhorias e aprimoramento na prestação ao serviço de saúde, contudo, como aponta Cook (2014, p.166-168), ainda há necessidade de melhor monitoramento e implementação dos programas, decorrendo na relativização de sua eficiência. E, para verificar o cumprimento, pelo país, com suas obrigações recomendadas de forma correta, é necessária a análise de alguns indicadores, entre eles: 1) disponibilidade de serviços de atenção à emergência obstétrica, tanto para unidades de saúde básica como integral; 2) distribuição de unidades com serviços de atenção à emergência obstétrica; 3) proporção dos nascimentos nas unidades emergenciais; 4) atendimento da demanda, nas emergências obstétricas; 5) proporção de cesarianas; 6) taxa de fatalidade por causa obstétrica direta; 7) taxa de morte intraparto e neonatal precoce e 8) proporção de mortes maternas devido às causas indiretas, nas unidades de atenção à emergência obstétrica.

Logo, checados esses indicadores, é possível ter-se uma média do cumprimento pelo país signatário de suas obrigações. Estabelecendo um comparativo dos dados obtidos no levantamento feito no capítulo 2, é possível verificar que no período de 2014 (considerando-se a data do relatório do Governo brasileiro quanto ao caso *Alyne versus Brasil*), em 2018, houve um leve aumento, e após uma redução no número de mortes maternas declaradas por violência obstétrica.



De acordo com o Painel de Controle da Mortalidade, utilizando como indicadores o local de registro do óbito por residência, abrangendo o Brasil, por mortes maternas declaradas de acordo com notificação de óbitos de mulheres, na faixa de 10 a 49 anos, abarcando todas as raças/cores, registrou-se, conforme figura 10:

Figura 10 – Número de óbitos maternos declarados por violência obstétrica nos anos de 2014 a setembro de 2018



Fonte:Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Percebe-se, então, uma leve redução das taxas de mortalidade por violência obstétrica a partir de 2014, confirmando o entendimento do Comitê, no tocante à necessidade de melhoras, na efetivação das ações e programas, pois os objetivos almejados por esses não estão sendo alcançados de forma devida, o que resulta na mudança mínima, na relação mulher e saúde, no Brasil.

Foi recomendado, também, o treinamento dos profissionais da área da saúde nas questões quanto aos direitos reprodutivos, com tratamento de qualidade. Nesse quesito o Governo brasileiro manifestou a sua intenção, não apenas de promover políticas públicas para qualificar os prestadores de serviço público, também, o apoio à realização de cursos, seminários e workshops quanto ao tema de saúde reprodutiva das mulheres. Aponta, também, o apoio às ações educacionais de aprimoramento, especialização e residência (BRASIL, 2014, p.07).

Suscita-se, também, a atuação do Ministério da Saúde na capacitação de técnicos em enfermagem da Atenção Básica, mediante convênio com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP/PE), Universidade Federal de Santa Catarina, e com a Universidade Federal da Bahia e de Goiás para estabelecimento de Programa de Residência em Obstetrícia. A Rede Cegonha, também, possui programas voltados para a qualificação dos profissionais como o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, Programa de Especialização Lato Sensu e Curso de Aprimoramento de Enfermeiros Obstetras. Pode-se mencionar, também, os seminários realizados no estado do Rio de Janeiro sobre práticas de atenção ao parto e nascimento e às evidências científicas na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2014, p. 07-09).

Quanto à recomendação de treinamento ao Judiciário e o acesso às medidas efetivas em caso de violação aos direitos reprodutivos, o Governo brasileiro “representado pelas Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores e Procuradoria Geral da República” apresentou o Seminário Caso Alyne Pimentel, no dia 04 de abril de 2014, para os Procuradores Federais da República, Procurador Geral e Procurador Geral para o Cidadão, com o objetivo de elevar o tema Omo prioridade, na atuação destes profissionais, incluindo o poder Executivo, Judiciário e Ministério Público (BRASIL, 2014, p.11).

Ressalta-se que os objetivos do seminário era a conformação do direito humano à saúde reprodutiva, de acordo com os parâmetros das Nações Unidas, o desenvolvimento de mecanismos de exigibilidade dos direitos sexuais e reprodutivos, exaltando os mecanismos jurisdicionais e semijurisdicionais, tornando possível a difusão de informação de meios de prevenção e combate à mortalidade materna e à ampliação do debate de acessibilidade e qualidade, na atenção, a esses direitos (BRASIL, 2014, p.11).

A recomendação de assegurar que as instituições privadas de saúde cumpram com os padrões nacionais e internacionais de proteção aos direitos da saúde reprodutiva foram respondidas pelo Brasil, com a demonstração da existência de ações de vigilância sanitária, criadas com base no princípio da descentralização político – administrativa. Assim, as ações voltam-se para a atenção maternal e neonatal, tanto públicos quanto privados, cumprindo a Resolução RDC/Anvisa nº 36



que trata do Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2014, p.13).

Sabe-se que a Constituição prevê a possibilidade dessa atuação, por órgão ou entidade privada para prestar serviço público, demandado, também, a responsabilidade estatal em casos de danos, devido a sua relação direta com esse prestador. Assim, como aponta Cook (2014, p.174), o Brasil, na situação, é responsável imediato pela falha na prestação do serviço e garantia dos direitos da mulher. Por conseguinte, ressalta-se importante o questionamento feito pela autora, “os governos municipais referem-se a tais padrões nos convênios firmados com as unidades de saúde pública?”. Com o objetivo de ter acesso ao convênio realizado entre o município de Belford Roxo e a Casa de Saúde, foi acessado o site eletrônico da Prefeitura de Belford Roxo e, após a aba de acesso à informação, contudo não havia a possibilidade de acesso ao contrato realizado entre estado e a Casa de Saúde.

Foi recomendada a imposição de sanções aos profissionais da saúde que violem direitos reprodutivos da mulher. Desse modo, o Brasil demonstrou que o Conselho Federal de Medicina é a entidade responsável para penalizar os profissionais de medicina. Motivado pela recomendação, o Conselho instituiu uma Câmara Técnica, específica no Conselho Federal de Medicina, para realizar estudos de mortalidade materna e direitos reprodutivos (BRASIL, 2014, p. 15).

Segundo Cook (2014, p.172-174), a responsabilização é necessária para melhorar as condições no serviço de saúde, além de ser um princípio fundante no direito internacional dos direitos humanos. No caso Alyne, é possível distinguir tais formas de responsabilização, quais sejam: a) profissional; b) institucional; c) sistema de saúde e d) ator privado. Contudo, para a averiguar quais sanções impostas foram eficazes, é necessário determinar quais processos foram estabelecidos, tendo por parâmetro a decisão Alyne, ou seja, é preciso verificar se com a responsabilização notória das partes responsáveis nos danos causados às mulheres grávidas pobres, na mesma condição de Alyne Pimentel, foram empoderadas e encorajadas a buscar respostas e responsabilização para os fatos que lhe ocorreram, tanto na fase de pré-natal quanto após o próprio parto. Assim, o processo terá alcançado sua finalidade e garantido o respeito aos direitos da mulher.

Por fim, recomendou-se a redução preventiva, em mortes materna, com a implementação de Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna, nos estados e municípios que ainda não o possuem, consi-



derando as recomendações feitas ao país, no ano de 2007 (CEDAW, 2011, p.20).

A resposta do Governo brasileiro voltou-se para a demonstração da quantidade de óbitos maternos de um levantamento realizado pelo Ministério Público, em maio de 2012, sendo feito um comparativo entre os de 2010 e 2011, onde se verificou a queda de 21% nas taxas de mortalidade materna, pois de 1.317 falecimentos passou para 1.038, devido às complicações na gravidez e no parto. O Ministério da Saúde atribui esse resultado ao aumento da qualidade do pré-natal. (BRASIL, 2014, p.15).

Entretanto, ainda utilizando os dados fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, mediante o manuseio do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materno observou-se que a quantidade de mortes maternas, no Brasil, declaradas por violência obstétrica, em 2010, foram de 1.146, enquanto em 2011 foi de 1.069 e 2012 diminuiu para 1.038 óbitos, ou seja, é visível a redução nas taxas de mortalidade, o que possibilita afirmar uma melhoria, contudo, em 2014 há um salto e a taxa passa para 1.143, logo retornando à quantidade obtida, no ano início dessa comparação. (BRASIL, SIM, 2018, *online*).

Como aponta o Governo brasileiro, no seu relatório ao caso Alyne (BRASIL, 2014, p.15-17), a meta de redução da mortalidade materna é um desafio para o país, principalmente, para o SUS, pois é necessário o aprimoramento de muitos mecanismos para garantir a eficácia dessa redução, principalmente, considerando os setores vulneráveis da sociedade, como raça/cor, por exemplo.

Assim, o Ministério da Saúde propôs a construção de Ações Estratégicas para a redução da morte materna a 32 maternidades que vinham concentrando a ocorrência de óbitos maternos, pois acreditam que a redução pode ser obtida com melhor manejo de situações críticas. Então, o intuito era intensificar a qualificação da atenção e gestão nas maternidades, implementar planos de ação, executar processos de educação permanente e organizar e apoiar as redes de atenção materna e infantil nas regiões de saúde envolvidas.

Essas e outras estratégias, voltadas para a redução e qualificação no atendimento de saúde, foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, conforme se observa nas ações e programas efetivados, no decorrer dos anos, conforme se explica no capítulo 3 deste trabalho.



É inegável a atuação do Estado brasileiro em buscar atender as recomendações do Comitê, desde o primeiro relatório encaminhado. Há um diálogo construtivo entre o país e o órgão internacional. O impasse é a permanência na baixa qualidade de observância do respeito aos diversos direitos garantidos à mulher, pois por mais que se implementem várias ações e programas pelo governo, constatou-se a emergência na necessidade de melhorar as implementações feitas, qualificar as políticas públicas e conciliá-las com a gestão imediata, bem como com os profissionais, não apenas da saúde, também, no judiciário, legislativo e principalmente, a sociedade.

Por fim, ressalta-se a consulta realizada ao Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, observando que o processo na órbita judiciária brasileira teve continuidade, sendo remetido para a 2º instância, ao Tribunal de Justiça, em 10 de fevereiro de 2015, por interposição de Recurso de Apelação, contudo, o acesso foi permitido ao acórdão proferido pela 8ª Câmara Cível de responsabilidade da Desembargadora Norma Suely Fonseca Quintes, no dia 18 de abril de 2017, negando provimento à apelação interposta pelo marido de Alyne e sua filha, não conhecendo o recurso adesivo interposto pelo estado do Rio de Janeiro e negando provimento ao recurso adesivo do município de Nova Iguaçu, retificando o julgado de primeira instância para reduzir a indenização, por dano moral, de R\$ 406.000,00 (quatrocentos e seis mil reais) para R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).

Após, foram opostos embargos de declaração pelo município de Nova Iguaçu, sendo proferido outro acórdão, em 18 de julho de 2017, mantendo, na íntegra, a decisão recorrida, pois não se demonstrou a presença de vícios como omissão, obscuridade ou contradição. Ainda, foram interpostos Recurso Especial e Extraordinário, no dia 18 de setembro de 2017 que foram julgados sem resolução de mérito em 04 de abril de 2018, com fundamento no artigo 1.020, I, “a” do Código de Processo Civil, sendo determinado o retorno dos autos a 8ª Câmara Cível, para o exame da pertinência de retratação ou manutenção, quanto à decisão recorrida frente ao recurso especial.

Pelo menos com o acompanhamento das informações disponíveis, em consulta processual do TJRJ, até então não houve decisão quanto à retratação nos autos do Recurso Especial de nº 0015253-21.2003.8.19.0001. Percebe-se, portanto, que, ainda há andamento deste processo, contudo, o impacto e as medidas que se tornaram “efetivas” já foram tomadas com a decisão do Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos reprodutivos representam um novo ramo nas discussões quanto aos direitos existenciais, principalmente, quando se trata de direitos das mulheres e a importância de assegurar a sua proteção.

Ao longo do estudo monográfico, tais direitos foram apresentados na perspectiva de um diálogo entre a atuação de órgão internacional como o Comitê de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher e o Governo brasileiro, considerando-se suas ações e programas voltados para a assistência à saúde da mulher.

No primeiro capítulo, abordaram-se os direitos de personalidade e a sua inerência ao ser humano, considerando o peso que a ordem social e moral exercem sobre esses. Viu-se que, dentre os direitos de personalidade, previstos no Código Civil, muito se respalda quanto ao direito de autonomia sobre o próprio corpo e a sua efetivação, pois, mesmo reproduzindo uma vontade privada, a liberdade e intimidade de uma pessoa e tais direitos são pensados de modo a se adequarem ao mundo externo.

Percebe-se que essa restrição é notória, quando os titulares são mulheres, principalmente, quando se trata de direitos reprodutivos e sexuais, sendo o direito, a reprodutividade, de forma livre, podendo a mulher decidir conforme que lhe convém exercer esse direito, buscando sempre a garantia de sua saúde.

O lastro normativo quanto ao assunto pode ser considerado em expansão, mas se identificam alguns retrocessos nessas disposições, devido à interferência estatal, social e de terceiros, diretamente, ligados à pessoa titular de direitos reprodutivos. Infelizmente, tais impasses ocasionam questionamentos se há validade na máxima de que o nosso corpo nos pertence, porém, é uma luta que requer paciência e ativismo, para que, assim, se alcance um equilíbrio.

Portanto, denota-se a contribuição da previsão desta modalidade de direito, pois abre a possibilidade da inserção da temática nos debates sociais, jurídicos e legislativos, contribuindo para a possível mudança de entendimento social quanto à liberdade das mulheres garantidas, constitucionalmente, mas com dificuldades de aplicabilidade prática, devido à pouca aceitabilidade de autonomia nas disposições do próprio corpo, principalmente, quando se trata de reprodutividade, bem como sexualidade.



No segundo capítulo foi tratada a mortalidade materna no Brasil, uma das consequências advindas da violação aos direitos reprodutivos, tendo como foco a violência obstétrica, atos praticados por profissionais da saúde, ou até civis contra a mulher no exercício de sua saúde reprodutiva, ocasionando violações físicas, psicológicas, sexuais, institucionais, materiais e midiáticas.

Foi possível perceber o sofrimento vivido por milhares de mulheres, no país, devido à violência obstétrica, tal como foi documentado em *Violência Obstétrica – A voz das brasileiras*, onde as mulheres falavam dos comentários maldosos que tinham que ouvir dos médicos, as imposições de aplicação de anestesia contra as suas vontades, tentativas de convencimento de cesarianas, mesmo quando o parto normal era possível e desejado pelas mulheres. Além de outros atos mais violentos, como a realização de episiotomia, cirurgia que deixa marcas na mulher que jamais serão apagadas, conforme elas mesmas expressaram no documentário.

Essas e outras atitudes representam a precariedade da prestação do serviço de saúde no país, demonstrando a ausência de amparo, principalmente, às mulheres. O planejamento familiar foi uma medida essencial para garantir a proteção aos direitos reprodutivos, pois tem como foco assegurar o acesso às informações e aos recursos que permitam às pessoas optarem, de forma livre e consciente, por ter ou não filhos, permitindo a redução de problemas como aborto, mortalidade, evitar DSTs etc.

Considerando a Lei de Planejamento familiar, criada em 1996, foi realizada a compilação de dados fornecidos pelo Painel de controle de mortalidade, disponibilizado pelo Departamento de Vigilância e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde quanto às taxas de óbitos maternos no Brasil, destacando-se o Nordeste, Ceará e Fortaleza, tendo como indicadores os óbitos maternos declarados, referente às mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos de idade, abarcando todas as raças e cores.

Com a pesquisa, obteve-se como resultado, o registro de 1.149 mortes de gestantes decorrentes de violência obstétrica direta, no Brasil, no ano de 1996 e em setembro de 2018, notificaram 929 óbitos. Portanto, houve redução no número de mortes, contudo não foi de grande relevância, demonstrando problemas no sistema de saúde, pois ao invés de serem reduzidas as taxas, elas estão mantendo um parâmetro, ou seja,



devem-se buscar os meios e entender quais pontos estão com déficit, para que sejam aprimorados os programas.

Constatam-se tais afirmações, pois além do instituto do planejamento familiar, outras questões podem interferir no êxito de ações e programas implementados, pois a mortalidade materna se relaciona com pobreza, gênero, raça e etnia, por exemplo. Além de estar inserida na sociedade como um tabu e que revela as restrições e preconceitos da sociedade, no todo, influenciando no exercício autônomo da mulher em viver a maternidade e considera-la como algo voluntário.

Então, o ideal seria alcançar uma humanização na saúde, para que essa realidade seja contornada, possibilitando uma maternidade voluntária e prazerosa, pois não estaria mais conectada a esse período, vivenciado pela classe feminina, apenas como algo que traz dor, sofrimento, preocupações e impactos sociais que refletem na condição da mulher.

O capítulo três complementa o capítulo anterior, pois foram analisadas as recomendações do Comitê de Eliminação de Toda Forma de Discriminação Contra a Mulher, encaminhadas ao governo brasileiro, pois se demonstra necessária a tomada de providências práticas para melhorar a qualidade dos serviços prestados, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade, ainda, elevadas.

O intuito da Convenção é eliminar qualquer discriminação contra a mulher, sendo essa, conforme dispõe seu artigo 1º, toda forma de distinção, exclusão ou restrição com base no sexo e que interfira ou até anule os direitos e exercício desses pela mulher.

Entre os anos de 2001 a 2009 foram enviados relatórios do Brasil ao Comitê, que realizou a avaliação de todos os documentos e foi possível verificar sua preocupação com os diversos direitos que não estão sendo protegidos no país, principalmente, as condições de saúde das mulheres mais desfavorecidas, aumento no número de mulheres infectadas com HIV/AIDS e com as altas taxas de abortos clandestinos, com causas vinculadas à pobreza, exclusão social, falta de informação e etc.

E o Comitê viu a permanência nos números referentes à mortalidade materna, logo, as recomendações ofertadas repetiam, no decorrer dos anos, e sempre eram referentes ao prosseguimento pelo Estado nos esforços a aumentar a assistência integral à saúde da mulher, monitoramento das ações e programas implantados, revisão de legislação etc.



É inegável, principalmente, após a resposta encaminhada pelo Ministério da Saúde ao requerimento realizado perante a Lei de Acesso à Informação, os inúmeros programas desenvolvidos com o foco de contribuir para os direitos reprodutivos da mulher, bem como garantir a reversibilidade da situação precária e discriminatória nas quais as mulheres se encontram frente ao sistema de saúde do país, tanto público quanto privado.

Contudo, identifica-se a necessidade de aprimoramento dessas ações, pois com o uso do mencionado painel de monitoramento, viu-se que entre os anos de 2003, 2007 e 2012, nos quais foram proferidas as recomendações pela CEDAW, a taxa de mortalidade materna, de maternos declarados no Brasil passou de 1548 a 1581, ou seja, houve um aumento e não uma diminuição.

Demonstrando, novamente, que as condições precárias da saúde no país, também, estão sob a influência de outros fatores, como questões sociais quanto ao gênero, o entendimento popular sobre igualdade entre homens e mulheres e como a efetivação desses direitos devem ser postos em prática, pois, nas mencionadas recomendações há constante preocupação na falha em tornar real e efetivo, nas esferas do país, social, legislativa e judicial, direitos previstos na Constituição e nos tratados internacionais.

Além disso, também, nos permite, também, questionar quais seriam os outros motivos que tornam ineficazes a prática destas ações, pois mesmo sendo expostos tais aspectos sociais e discriminatórios à população, ainda não se percebe alteração na efetivação das políticas públicas desenvolvidas.

No quarto capítulo, foi feito um estudo de caso envolvendo a primeira decisão sobre mortalidade materna, decidida pela CEDAW. Alyne da Silva Pimentel Teixeira, cidadã brasileira, negra, nasceu em 29 de setembro de 1974, e infelizmente faleceu em novembro de 2002, quando estava com 28 anos de idade, grávida de seis meses, casada e com uma filha. De acordo com a decisão proferida em 2011, pela CEDAW o estado foi omissivo, além de ter sido constatado que a causa da morte decorreu de violência obstétrica.

Diante disso, foi recomendado pelo Comitê a reparação à mãe de Alyne, denunciante do caso ao órgão, após a ineficácia da ação cível ajuizada no Judiciário brasileiro, a garantia às das mulheres ao direito



à maternidade e acesso à adequada atenção à emergência obstétrica, ao treinamento profissional para os profissionais da área, bem como do Judiciário para efetivar o acesso, em caso de violação aos direitos reprodutivos, imposição de sanções na ocorrência de violação e redução preventiva de mortes maternas.

Com a manifestação do Comitê, o Governo brasileiro manifestou-se por meio de um relatório no qual, se vê a realização de acordo extrajudicial entre o Estado e Maria de Lourdes da Silva Pimentel, o qual, resultou em reparações patrimoniais e simbólicas, como nomeação de centro de saúde em homenagem a Alyne, contudo, a decisão proferida na ação cível não reconheceu a responsabilidade do Estado frente ao caso, por danos materiais, não sendo possível analisar as fundamentações por impossibilidade de acesso à decisão.

Por fim, conclui-se que o Brasil se apresenta ativo na implementação de políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos, tanto para homens como para mulheres e dispõe de institutos focados na assistência integral à mulher e ao nascituro.

Entretanto, fatores externos como aspectos sociais, econômicos, gênero são marcas de grande influência na efetivação desses direitos, devido à relativização, muitas vezes, a esses aderidas, até de forma inconsciente, pois o problema está na sua efetivação, demandando fiscalização tanto nacional quanto internacional, devido à caracterização desses direitos como direitos humanos. E, vê-se que um dos grandes problemas do país é garantir a redução nas taxas de mortalidade materna, mas, até então, não foi possível reverter a situação. Espera-se, portanto, o aprimoramento da atuação do Governo brasileiro, após a sua omissão resultar na fiscalização por órgãos internacionais.



REFERÊNCIAS

ADVANCED UNEDITED. **Committee on the Elimination of Discrimination against Women**. 22p., 2011. Disponível em: <https://www2.ohchr.org/english/law/docs/cedaw-c-49-d-17-2008.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 661-670, 2009..

ARAÚJO, Maria Angélica Benetti. A Disciplina dos Direitos de Personalidade no Direito Português. **Revista de Direito Privado**. Vol. 45/2011, 2011.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 382, 1993.

AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Teoria Geral do Direito Civil**: parte geral. São Paulo: Atlas. 2012.

BARBOZA, Heloisa Helena Gomes; ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. (Des) Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 22, n. 1, p. 240-271, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 2. ed., p.19, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa agentes comunitários PACS**. 40p., 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da mulher**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **DOU**: 05 de out. de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 18 out. 2018.



BRASIL. 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. **DOU**: 31 de jul. de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4316.htm. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **DOU**: 31 de dez. de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. **DOU**: 18 de nov. de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **DOU**: 15 de jan. de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao abortamento**. Brasília, 2ª edição, 60p., 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília. 2001. (2 Partes). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 3. ed., 140p., 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Humanização do parto- Humanização do Pré-natal e nascimento**. Brasília, 28p., 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CÂMARA LEGISLATIVA DO BRASIL. **Cartadasmulheres aos Constituintes**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/ativida>



de-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/constituintes/a-constituente-e-as-mulheres/Constituente%201987-1988-Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.

CENTER FOR REPRODUCTIVE. **Alyne v. Brasil** - Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil. Disponível em: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

COOK, Rebecca J. **Direitos Humanos e Mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alyne**. 2014

COSTA, Roberta et al. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist Enferm Rev Electronica [Internet]**, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

DE BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**. Nova Fronteira, 2016.

DE MORAES, Maria Celina Bodin de; DE CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 19, n. 3, p. 779-818, 2015.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil**. Planeta, 2011.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. Violência Obstétrica “Parirás com dor”-Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. **Brasília: Senado Federal**, 2012.

GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. **Revista de direito sanitário**, v. 1, n. 1, p. 107-127, 2000.

LATINOBAROMETRO. **Informe latinobarómetro 2018**. Disponível em: <http://www.latinobarometro.org>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; ANTIQUEIRA, Valdete Marques Arnaut; LANZA, Renata Agnes Cadó. Mortalidade materna: implicações para o Programa Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 278-284, 2009.

MATTAR, Laura Davis et al. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 60-83, 2008.



MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 107-120, 2012.

MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Detalhamento do documento de pagamento**. 2014. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas/pagamento/200016000012014OB800721?ordenarPor=fase&direcao=desc>. Acesso em: 15 nov. 2018.

DOS SANTOS NETO, Edson Theodoro et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 107-119, 2008.

OBSERVATÓRIO DE GENERO DO GOVERNO DO BRASIL. **Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2012, 12 p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/instancias-regionais/o-comite-cedaw-2012-comite-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contr-a-mulher/cedaw-vii-relatorio-brasileiro.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

OBSERVATÓRIO DE GENERO DO GOVERNO DO BRASIL. **Nações Unidas - Informe do Comitê para a eliminação da Discriminação contra a Mulher**. 11p., 2003. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/instancias-regionais/o-comite-cedaw-2013-comite-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contr-a-mulher/recomendacoes-cedaw-traduzido-26-12-03.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

OBSERVATÓRIO DE GENERO DO GOVERNO DO BRASIL. **Relatório Nacional Brasileiro - Relativo aos anos de 1985, 1989, 1993, 1997 e 2001, nos termos do artigo 18 da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher**. Brasília, 276p., 2002. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/instancias-regionais/o-comite-cedaw-2013-comite-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contr-a-mulher/1relatorio-nacional-brasileiro-2002.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

OBSERVATÓRIO DE GENERO DO GOVERNO DO BRASIL. **VI Relatório Nacional Brasileiro - Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres - CEDAW** Organização



das Nações Unidas. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 98 p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/instancias-regionais/o-comite-cedaw-2013-comite-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contr-a-mulher/vi-relatorio-nacional-brasileiro-cedaw.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

OBSERVATÓRIO DE GENERO DO GOVERNO DO BRASIL. **VII Relatório Brasileiro da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher** Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2012, 122 p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/internacional/instancias-regionais/o-comite-cedaw-2013-comite-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contr-a-mulher/cedaw-vii-relatorio-brasileiro.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

PASINATO, Wânia et al. “femicide” And The Death Of Women In Brazil [“femicídios” E As Mortes De Mulheres No Brasil]. **Cadernos pagu**, 2011.

PATRIOTA, Tania. Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento-plataforma de Cairo. 1994. **Disponível:** <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 12 set. 2018.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo.Saraiva, 2017.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. São Paulo. Saraiva, 2017.

RODOTÀ, Stefano. Transformações do corpo. **Revista trimestral de direito civil**, v. 19, n. 5, p. 91, 2004.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1813-1820, 2011.

SARMENTO, Daniel. Legalização do aborto e Constituição. **Revista de Direito Administrativo**, v. 240, p. 43-82, 2005.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos de Personalidade**. 3.ed. São Paulo. Atlas, 2014.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E SAÚDE. **Painéis de monitoramento da mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 20 set. 2018.

SENA, Ligia Moreiras et al. **Violência obstétrica: a voz das brasileiras**. Produção e direção de Bianca Zorzan. DVD, 51min 1seg. Disponível < [http://www. partodoprincipio. com. br/](http://www.partodoprincipio.com.br/)>.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2415-2424, 2011.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; KONDER, Carlos Nelson. Autonomia e solidariedade na disposição de órgãos para depois da morte. **RFD-Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, n. 18, 2010.



ANEXOS

Anexo A – Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes



Carta das Mulheres

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em novembro de 1985, lançou a Campanha Mulher e Constituinte. Desde então, o CNDM percorreu o país, ouviu as mulheres brasileiras e ampliou os canais de comunicação entre o movimento social e os mecanismos de decisão política, buscando fontes de inspiração para a nova legalidade que se quer agora. Nessa Campanha, uma certeza consolidou-se: **CONSTITUINTE PRA VALER TEM QUE TER PALAVRA DE MULHER.**

Para nós, mulheres, o exercício pleno da cidadania significa, sim, o direito à representação, à voz e à vez na vida pública, mas implica, ao mesmo tempo, a dignidade na vida cotidiana, que a lei pode inspirar e deve assegurar, o direito à educação, à saúde, à segurança, a vivência familiar sem traumas. O voto das mulheres traz consigo essa dupla exigência: um sistema político igualitário e uma vida civil não autoritária.

Nós, mulheres, estamos conscientes que este país só será verdadeiramente democrático e seus cidadãos e cidadãs verdadeiramente livres quando, sem preconceito de sexo, raça, cor, classe, orientação sexual, credo político ou religioso, condição física ou idade, for garantido igual tratamento e igual oportunidade de acesso às ruas, pátios, oficinas, fábricas, escritórios, assembleias e palácios.

Nesse importante momento, em que toda a sociedade se mobiliza para uma reconstrução de seus ordenamentos, gostaríamos de lembrar, para que não se repita, o que mulheres já disseram no passado: "Se não for dada a devida atenção às mulheres, estamos decididas a fomentar uma rebelião, e não nos sentiremos obrigadas a cumprir leis para as quais não tivemos voz nem representação" (Abigail Adams, 1776).

Hoje, dois séculos após estas palavras, no momento em que a sociedade brasileira se volta para a elaboração de uma nova Constituição, nós, mulheres, maior ainda discriminada, exigimos tratamento especial à causa que defendemos.

Confiamos que os constituintes brasileiros, mulheres e homens, sobre os quais pesa a grande responsabilidade de refletir as aspirações de um povo sofrido e ansioso por melhores condições de vida, incorporem as propostas desta histórica Campanha do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

DOAÇÃO

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
Ministério da Justiça - Edifício Sede - sala 458 - Esplanada dos Ministérios
CEP: 70064 - Brasília - DF - Tel. (061) 226-8015, f. 122 e 204-3448

Eis o que nós, mulheres, reunidas num Encontro Nacional, no dia 26 de agosto de 1986, queremos:

I - Princípios gerais

Para a efetivação do princípio de igualdade é fundamental que a futura Constituição Brasileira:

- 1 - Estabeleça preceito que revogue automaticamente todas as disposições legais que impliquem em classificações discriminatórias;
 - 2 - Determine que a afronta ao princípio de igualdade constituirá crime inafiançável;
 - 3 - Acate, sem reservas, as convenções e tratados internacionais de que o país é signatário, no que diz respeito à eliminação de todas as formas de discriminação;
 - 4 - O reconhecimento da titularidade do direito de ação aos movimentos sociais organizados, sindicatos, associações e entidades da sociedade civil, na defesa dos interesses coletivos.
- Leis complementares e demais normas deverão garantir a aplicabilidade desse princípio.

II - Reivindicações específicas

Família

A nova Constituição deverá inspirar diversas mudanças na legislação civil, estabelecendo:

- 1 - A plena igualdade entre os cônjuges no que diz respeito aos direitos e deveres quanto à direção da sociedade conjugal, à administração dos bens do casal, à responsabilidade em relação aos filhos, à fixação do domicílio da família, ao pátrio poder;
- 2 - A plena igualdade entre o casal no que concerne ao registro de filhos;
- 3 - A plena igualdade entre os filhos não importando o vínculo existente entre os pais;
- 4 - A proteção da família, seja ela instituída civil ou naturalmente;
- 5 - Acesso da mulher rural à titularidade de terras em Planos de Reforma Agrária qualquer que seja seu estado civil;

- 6 - A maternidade e a paternidade constituem valores sociais fundamentais, devendo o Estado assegurar os mecanismos do seu desempenho;

7 - A lei cobrirá a violência na constância das relações familiares, bem como o abandono dos filhos menores.

Trabalho

A legislação trabalhista usando por base o princípio constitucional de isonomia deve garantir:

- 1 - Salário igual para trabalho igual;
- 2 - Igualdade no acesso ao mercado de trabalho e na ascensão profissional;
- 3 - Extensão dos direitos trabalhistas e previdenciários de forma plena às empregadas domésticas e às trabalhadoras rurais;
- 4 - Igualdade de tratamento previdenciário entre homens e mulheres, devendo ser princípio orientador da legislação trabalhista a proteção à maternidade e ao aleitamento através de medidas como:
 - a garantia do emprego à mulher gestante;
 - extensão do direito à creche no local de trabalho e moradia para as crianças de 0 a 6 anos, filhos de mulheres e homens trabalhadores;
 - 5 - Estabilidade para a mulher gestante;
 - 6 - Licença ao pai nos períodos natal e pós-natal;
 - 7 - Licença especial às pessoas no momento da adoção, sem prejuízo do emprego e do salário, independentemente da idade do adotado;
 - 8 - Proteção à velhice com integralidade salarial em casos de aposentadoria ou pensão por morte;
 - 9 - Eliminação do limite de idade para prestação de concursos públicos;
 - 10 - Direito do marido ou companheiro a usufruir dos benefícios previdenciários decorrentes da contribuição da esposa ou companheira;
 - 11 - Extensão dos direitos previdenciários dos trabalhadores urbanos aos trabalhadores rurais, homens e mulheres.





Eis o que nós, mulheres, reunidas num Encontro Nacional, no dia 26 de agosto de 1986, queremos:

I - Princípios gerais

Para a efetivação do princípio de igualdade é fundamental que a futura Constituição Brasileira:

- 1 - Estabeleça preceito que revogue automaticamente todas as disposições legais que impliquem em classificações discriminatórias;
- 2 - Determine que a afronta ao princípio de igualdade constituirá crime inafiançável;
- 3 - Acate, sem reservas, as convenções e tratados internacionais de que o país é signatário, no que diz respeito à eliminação de todas as formas de discriminação;
- 4 - O reconhecimento da titularidade do direito de ação aos movimentos sociais organizados, sindicatos, associações e entidades da sociedade civil, na defesa dos interesses coletivos.

Leis complementares e demais normas deverão garantir a aplicabilidade desse princípio.

II - Reivindicações específicas

Família

A nova Constituição deverá inspirar diversas mudanças na legislação civil, estabelecendo:

- 1 - A plena igualdade entre os cônjuges no que diz respeito aos direitos e deveres quanto à direção da sociedade conjugal, à administração dos bens do casal, à responsabilidade em relação aos filhos, à fixação do domicílio da família, ao pátrio poder;
- 2 - A plena igualdade entre o casal no que concerne ao registro de filhos;
- 3 - A plena igualdade entre os filhos não importando o vínculo existente entre os pais;
- 4 - A proteção da família, seja ela instituída civil ou naturalmente;
- 5 - Acesso da mulher rural à titularidade de terras em Planos de Reforma Agrária qualquer que seja seu estado civil;

6 - A maternidade e a paternidade constituem valores sociais fundamentais, devendo o Estado assegurar os mecanismos do seu desempenho;

7 - A lei cobrirá a violência na constância das relações familiares, bem como o abandono dos filhos menores.

Trabalho

A legislação trabalhista usará por base o princípio constitucional de isonomia deve garantir:

- 1 - Salário igual para trabalho igual;
- 2 - Igualdade no acesso ao mercado de trabalho e na ascensão profissional;
- 3 - Extensão dos direitos trabalhistas e previdenciários de forma plena às empregadas domésticas e às trabalhadoras rurais;
- 4 - Igualdade de tratamento previdenciário entre homens e mulheres, devendo ser princípio orientador da legislação trabalhista a proteção à maternidade e ao aleitamento através de medidas como:
 - a garantia do emprego à mulher gestante;
 - extensão do direito à creche no local de trabalho e moradia para as crianças de 0 a 6 anos, filhos de mulheres e homens trabalhadores;
 - 5 - Estabilidade para a mulher gestante;
 - 6 - Licença ao pai nos períodos natal e pós-natal;
 - 7 - Licença especial às pessoas no momento da adoção, sem prejuízo do emprego e do salário, independentemente da idade do adotado;
 - 8 - Proteção à velhice com integralidade salarial em casos de aposentadoria ou pensão por morte;
 - 9 - Eliminação do limite de idade para prestação de concursos públicos;
 - 10 - Direito do marido ou companheiro a usufruir dos benefícios previdenciários decorrentes da contribuição da esposa ou companheira;
 - 11 - Extensão dos direitos previdenciários dos trabalhadores urbanos aos trabalhadores rurais, homens e mulheres.

- 2 - A educação é prioridade nacional e cabe ao Estado resp. instituir-se para que seja universal, pública, gratuita, em todos os níveis e períodos, desde o primeiro ano da criança.
- 2.1 - É dever do Estado combater o analfabetismo.
- 3 - Os recursos públicos deverão destinar-se exclusivamente à escola pública, objetivando a qualidade do ensino, sua expansão e manutenção.
- 3.1 - Cabe ao Estado atenção especial à formação dos agentes da educação e às condições em que exerce o seu trabalho visando à qualidade do ensino.
- 4 - O Estado deverá dar atenção especial aos alunos portadores de deficiências físicas ou mentais.
- 5 - Caberá ao Estado garantir o acesso da mulher, rural e urbana, a cursos de formação, reciclagem e atualização profissional.
- 6 - É dever do Estado zelar para que a educação e os meios de comunicação estejam a serviço de uma cultura igualitária.
- 6.1 - O Estado garantirá perante a sociedade a imagem social da mulher, como trabalhadora, mãe e cidadã responsável pelos destinos da nação, em igualdade de condições com o homem, independentemente da origem étnico-racial.
- 7 - O Estado assegurará a liberdade de pensamento e expressão; a liberdade de produção, distribuição e divulgação do produto cultural pelos meios de comunicação social, desde que não veiculem preconceitos e estereótipos discriminatórios.
- 8 - Deverão ser incorporados aos estudos e estatísticas oficiais dados relativos a sexo, raça e cor.
- 3 - Considerar como estupro qualquer ato ou relação sexual forçada, independente do relacionamento do agressor com a vítima, de ser esta última virgem ou não e do local em que ocorra.
- 4 - A lei não dará tratamento nem prevê penalidade diferenciados aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor.
- 5 - Será eliminada da lei a expressão "mulher honesta".
- 6 - Será garantida pelo Estado a assistência médica, jurídica, social e psicológica a todas as vítimas de violência.
- 7 - Será punido o explorador ou exploradora sexual da mulher e todo aquele que a induzir à prostituição.
- 8 - Será retirado da lei o crime de adultério.
- 9 - Será responsabilidade do Estado a criação e manutenção de albergues para mulheres ameaçadas de morte, bem como o auxílio à sua subsistência e de seus filhos.
- 10 - A comprovação de conjunção carnal em caso de estupro poderá realizar-se mediante laudo emitido por qualquer médico, da rede pública ou privada.
- 11 - A mulher terá plena autonomia para registrar queixas, independentemente da autorização do marido.
- 12 - Criação de Delegacias Especializadas no atendimento à mulher em todos os municípios do país, mesmo naqueles nos quais não se disponha de uma delegada mulher.

Questões Nacionais e Internacionais

- 1 - Garantia de integração ao texto constitucional dos Tratados e Convenções Internacionais, dos quais o Brasil é signatário, que consigam os direitos fundamentais, humanos e sociais, entre os quais os que proibem tratamento discriminatório, com exigibilidade do seu cumprimento.
- 2 - Reforça a agrária com a distribuição de terra aos que nela trabalham, com a garantia de assistência técnica e crédito necessários.

Violência

- 1 - Criminalização de quaisquer atos que envolvam agressões físicas, psicológicas ou sexuais à mulher, fora e dentro do lar.
- 2 - Consideração do crime sexual como "crime contra a pessoa" e não como "crime contra os costumes", independentemente de sexo, orientação sexual, raça, idade, credo religioso, ocupação, condição física ou mental ou convicção política.



3 - Soberania na negociação da dívida externa, resguardando os interesses nacionais e do povo brasileiro.

4 - Reforma tributária de forma a beneficiar os municípios.

5 - Liberdade e autonomia sindicais.

6 - Direito de greve extensivo a todas as categorias profissionais.

7 - Política responsável de proteção ao meio ambiente.

8 - Política de desenvolvimento tecnológico com a preservação do meio ambiente e da soberania nacional.

9 - Definição de uma política que mantenha a integridade das populações indígenas, impedindo o genocídio a que vêm sendo submetidas.

10 - Democratização do Estado e das instituições, mediante revogação da Lei de Segurança Nacional e de toda a legislação repressiva.

11 - Acesso às fichas de informação individual mantidas pelos órgãos de informação do governo.

12 - Paz nas relações internacionais, apoio às manifestações contra corrida armamentista e impedimento à experimentação nuclear no Brasil.

13 - Política externa baseada no princípio de autodeterminação dos povos e de não ingerência, vedada qualquer participação em agressões externas, salvo para a defesa do território nacional.

14 - Política de não relacionamento de qualquer espécie com países que praticam o preconceito racial.

15 - Respeito ao princípio de independência entre os três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário, buscando-se o princípio de que todo o poder emana do povo.

CONSTITUINTE PRA VALER TEM QUE TER DIREITOS DA MULHER.



- 3 - Soberania na negociação da dívida externa, resguardando os interesses nacionais e do povo brasileiro.
- 4 - Reforma tributária de forma a beneficiar os municípios.
- 5 - Liberdade e autonomia sindicais.
- 6 - Direito de greve extensivo a todas as categorias profissionais.
- 7 - Política responsável de proteção ao meio ambiente.
- 8 - Política de desenvolvimento tecnológico com a preservação do meio ambiente e da soberania nacional.
- 9 - Definição de uma política que mantenha a integridade das populações indígenas, impedindo o genocídio a que vêm sendo submetidas.
- 10 - Democratização do Estado e das instituições, mediante revogação da Lei de Segurança Nacional e de toda a legislação repressiva.
- 11 - Acesso às fichas de informação individual mantidas pelos órgãos de informação do governo.
- 12 - Paz nas relações internacionais, apoio às manifestações contra corrida armamentista e impedimento à experimentação nuclear no Brasil.
- 13 - Política externa baseada no princípio de autodeterminação dos povos e de não ingerência, vedada qualquer participação em agressões externas, salvo para a defesa do território nacional.
- 14 - Política de não relacionamento de qualquer espécie com países que praticam o preconceito racial.
- 15 - Respeito ao princípio de independência entre os três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário, buscando-se o princípio de que todo o poder emana do povo.

CONSTITUINTE PRA VALER TEM QUE TER DIREITOS DA MULHER.



Anexo B – Resposta ao requerimento pelo Ministério da Saúde

Em resposta a Lei de Acesso à Informação, a Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres tece as seguintes informações:

- 1) QUAIS FORAM AS POLÍTICAS PÚBLICAS ELABORADAS NO BRASIL (EM ESFERA MINISTERIAL E ESTADUAL), ESPECIFICAMENTE, VOLTADAS À PROTEÇÃO DA MULHER E PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE JANEIRO DE 1996 A OUTUBRO DE 2018.

Política Pública	ANO	Endereço para pesquisa
Lei do Planejamento Familiar N°9263	1996	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - PORTARIA N° 569, DE 1° DE JUNHO DE 2000.	2000	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudefegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
Publicação do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna	2002	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal	2004	http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf
Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Balanço das Ações	2007	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf
Lei N°11.634, de 27/12/2007 - direito da gestante à vinculação previa à maternidade onde receberá assistência	2007	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

Portaria Nº1.119, de 5/07/2008 – regulamenta Vigilância de Óbito Materno	2008	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html
Publicação do Guia de Vigilância do Óbito Materno	2009	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
Publicação dos Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva	2010	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
Publicação do Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno	2011	http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Preench_Obito_Materno_2011_jan.pdf
Portaria Nº1.459, de 24 de junho de 2011 – Institui a estratégia Rede Cegonha no âmbito do SUS	2011	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica – Guia Técnico	2013	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guiatecnico.pdf
Projeto Parto Adequado – em parceria com ANS	2015	http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado
Publicação do Cuidando de Adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde. Sexual e a Saúde Reprodutiva	2016	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf
Publicação do Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	2016	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana	2016	http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf
Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal	2017	http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_DiretrizesNacionais_PartNormal_versao-final.pdf
Lançamento do projeto APICE ON - Aprimoramento e Inovação do Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia	2017	http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/

Lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres	2018	http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/1a-semana-de-mobilizacao-pela-saude-das-mulheres/
Projeto Parto Cuidadoso – institui o monitoramento da Rede Cegonha em plataforma digital	2018	http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais
Portaria Nº2.234, de 23 de julho de 2018 – institui a “Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres”	2018	http://www.imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/40875501/do1-2018-09-14-portaria-n-2-234-de-23-de-julho-de-2018-40875278

2) DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESCRITAS, QUANTAS JÁ FORAM SUBMETIDAS A AVALIAÇÃO DE IMPACTO?

O Ministério da Saúde não realizou Avaliação de Impacto destas iniciativas, destarte, não se pode mensurar qual a queda no número de mortes maternas que cada iniciativa promoveu. O que se pode encontrar é um Balanço de Resultados do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2007. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf

3) AS POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS CONTA-RAM COM FINANCIAMENTO INTERNACIONAL?

A informação quanto a financiamento internacional de políticas públicas brasileiras para redução da mortalidade materna não é de conhecimento no âmbito da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres.



Atenciosamente,

COORDENAÇÃO – GERAL DE SAÚDE DAS MULHERES
CGSMU/DAPES/SAS/MS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Anexo
4º Andar – Ala B Sul – Brasília-DF CEP: 70.058-900

 (61) 3315-9101

Resposta concedida, sem restrições de acesso.

Anexo C – Acordo Extrajudicial entre o Governo Brasileiro e Maria de Lourdes da Silva Pimentel

ANEXO3

ACORDO EXTRAJUDICIAL

Comunicação nº 17/2008 (CEDAW/C/49/17/2008)

Peticionária: Maria da Lourdes da Silva Pimentel, representada pelo Center for Reproductive Rights..

Vítima: Alyne da Silva Pimentel Teixeira

O Estado Brasileiro, representado pela União, por meio da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República – SPM/PR e da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR, e a peticionária Maria de Lourdes da Silva Pimentel, em nome próprio e representando legalmente Alice Pimentel, respectivamente, genitora e filha da vítima Alyne da Silva Pimentel Teixeira, representada pelo *Center for Reproductive Rights* celebram o presente **Acordo Extrajudicial**, conforme as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA RESPONSABILIDADE

O Estado Brasileiro, na qualidade de signatário da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, incorporada ao ordenamento jurídico pátrio por meio do Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, e do respectivo Protocolo Facultativo, promulgado pelo Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002, promoverá o cumprimento direto, por seus próprios meios, da reparação financeira à genitora da vítima Alyne da Silva Pimentel Teixeira, em atendimento ao item 1 da Recomendação CEDAW/C/49/17/2008.



CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO

O objeto deste Acordo é o pagamento, pelo Estado Brasileiro à Maria de Lourdes da Silva Pimentel de reparação financeira adequada, proporcional à gravidade das violações aos direitos humanos da vítima, bem como a definição de parâmetros para a reparação financeira pelo Estado brasileiro à Alice Pimentel.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA REPARAÇÃO FINANCEIRA INDENIZATÓRIA À MARIA DE LOURDES DA SILVA PIMENTEL

O Estado Brasileiro, representado pela União, pagará, a título de reparação financeira indenizatória, à Maria de Lourdes da Silva Pimentel, a importância de US\$ 55.537,00 (cinquenta e cinco mil, quinhentos e trinta e sete dólares de dólares americanos), nos termos do cálculo constante do Anexo a este Acordo.

A importância será paga em reais, de acordo com o câmbio vigente na bolsa de Nova Iorque no dia anterior ao pagamento.

CLÁUSULA QUARTA – DOS PARÂMETROS PARA A REPARAÇÃO FINANCEIRA INDENIZATÓRIA À ALICE PIMENTEL

O Estado Brasileiro pagará à Alice Pimentel reparação financeira indenizatória em valor e modalidade a serem definidos, uma vez findo o processo judicial nº 0015253-21.2003.8.19.0001, em trâmite perante o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e no caso de Alice Pimentel não vir a ser beneficiada por qualquer reparação financeira.

Handwritten signature and date:
MAD
MAD



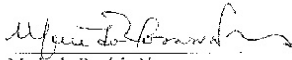
CLÁUSULA QUINTA - DA RENÚNCIA AO DIREITO INDENIZATÓRIO

A petionária Maria de Lourdes da Silva Pimentel renuncia ao direito subjetivo indenizatório fundado nos fatos levados ao conhecimento do CEDAW (CEDAW/C/49/D/17/2008), perante quaisquer instâncias jurisdicionais, domésticas ou internacionais.

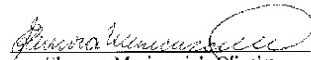
CLÁUSULA SEXTA - DA HOMOLOGAÇÃO DO PRESENTE ACORDO

O presente Acordo foi formulado mediante tramitação de proposta do Estado Brasileiro e aceite da petionária no âmbito do CEDAW, que homologará o Acordo.


Brasília, de _____ de 2014.



Maria do Rosário Nunes
Ministra de Estado Chefe da Secretaria de
Direitos Humanos da Presidência da
República



Eleonora Meneguetti de Oliveira
Ministra de Estado Chefe da Secretaria de
Políticas para as Mulheres da Presidência
da República



Monica Campo
Center for Reproductive Rights

TESTEMUNHAS

MAO



ANEXO

Descrição dos valores:

O valor da indenização se subdivide em:

- a) US\$ 20.000,00 (vinte mil dólares americanos) para a Sra. Maria de Lourdes da Silva Pimentel, genitora de Alyne da Silva Teixeira Pimentel, como compensação pelo sofrimento e demora do Poder Judiciário;
- b) US\$ 30.000,00 (trinta mil dólares americanos) pela dor e sofrimento a que foi submetida durante os três dias que antecederam a morte de Alyne Pimentel;
- c) US\$ 537,00 (quinhentos e trinta e sete dólares americanos) referente ao funeral da vítima;
- d) US\$ 5.000,00 (cinco mil dólares americanos) para Maria de Lourdes da Silva Pimentel, por ter sido impedida de trabalhar para cuidar de Alice Pimentel.

Total: US\$ 55.537,00 (cinquenta e cinco mil, quinhentos e trinta e sete dólares de dólares americanos)

MHO

ANEXO

Descrição dos valores:

O valor da indenização se subdivide em:

- a) US\$ 20.000,00 (vinte mil dólares americanos) para a Sra. Maria de Lourdes da Silva Pimentel, genitora de Alyne da Silva Teixeira Pimentel, como compensação pelo sofrimento e demora do Poder Judiciário;
- b) US\$ 30.000,00 (trinta mil dólares americanos) pela dor e sofrimento a que foi submetida durante os três dias que antecederam a morte de Alyne Pimentel;
- c) US\$ 537,00 (quinhentos e trinta e sete dólares americanos) referente ao funeral da vítima;
- d) US\$ 5.000,00 (cinco mil dólares americanos) para Maria de Lourdes da Silva Pimentel, por ter sido impedida de trabalhar para cuidar de Alice Pimentel.

Total: US\$ 55.537,00 (cinquenta e cinco mil, quinhentos e trinta e sete dólares de dólares americanos)

MAO



Anexo D - Cópia da ordem de pagamento (memorando nº29/2014-CGEOF/SGPDH/SDH-PR, de 18 de março de 2014)



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS
SECRETARIA DE GESTÃO DA POLÍTICA DOS DIREITOS HUMANOS
COORDENAÇÃO-GERAL DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA



Memorando nº 29 /2014-CGEOF/SGPDH/SDH-PR

Brasília, 18 de março de 2014.

A Senhora **JÚLIA BARROS SCHIMER**
Chefe da Assessoria Internacional
Secretaria de Direitos Humanos/PR

Assunto: Indenização devida pela SDH- Acordo Extrajudicial.

Senhora Chefe,

Em atenção ao Memorando nº 30/2014-AI/GAB/SDH/PR, datado de 13/03/2014, informo que foi efetuado o pagamento de indenização devida pela SDH, a Sra. Maria de Lourdes da Silva Pimentel, genitora da vítima Alyné da Silva Pimentel, de reparação financeira indenizatória adequada, proporcional à gravidade das violações de direitos humanos da vítima, na importância de US\$ 55.337,00, de acordo com o Acordo Extrajudicial celebrado entre a SPM/PR e SDH/PR e conforme os dados abaixo e documentos em anexo:

Favorecido	Dados Bancários	Valor R\$	Ordem Bancária	Data
Maria de Lourdes da Silva Pimentel	Bradesco: 237 Agência: 0472 c/c: 420131	131.239,48	20140B800721	17/03/2014

Solicito que se comunique o respectivo pagamento aos interessados.

Atenciosamente,


JORGE MARCOS GOMES DE MATOS NUNES
Coordenador-Geral de Execução Orçamentária e Financeira
CGEOF/SGPDH/SDH

SUMÁRIO



Esta obra foi diagramada com a fonte Calisto MT.



ALECE

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
DO ESTADO DO CEARÁ

Mesa Diretora 2025-2026

Deputado Romeu Aldigueri
Presidente

Deputado Danniel Oliveira
1º Vice-Presidente

Deputada Larissa Gaspar
2ª Vice-Presidente

Deputado De Assis Diniz
1º Secretário

Deputado Jeová Mota
2º Secretário

Deputado Felipe Mota
3º Secretário

Deputado João Jaime
4º Secretário



Escaneie o QR CODE
e acesse nossas
publicações