



Maíra Miranda Fattorelli

**Notas sobre a precariedade e a
invisibilidade da morte materna**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito do Departamento de Direito da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^ª. Bethânia de Albuquerque Assy
Co-orientadora: Prof^ª. Thamis Dalsenter Viveiros de Castro

Rio de Janeiro
Abril de 2019



Maíra Miranda Fattorelli

**Notas sobre a precariedade e a
invisibilidade da morte materna**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Direito do Departamento de Direito da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Bethânia de Albuquerque Assy
Orientadora
Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Thamis Dalsenter Viveiros de Castro
Co-orientadora
Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Márcia Nina Bernardes
Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Carmen Hein de Campos
Departamento de Direito – UniRitter/RS

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2019.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Maíra Miranda Fattorelli

Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2014). Bolsista do CNPq durante o mestrado (2017-2019) e durante o Programa de Iniciação Científica da graduação (2010-2014). Integrou o grupo Simulações e Realidade do Núcleo de Direitos Humanos da PUC-Rio. Pesquisa nos seguintes áreas: Teoria Crítica dos Direitos Humanos; Maternidade e Privação de Liberdade; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Ficha Catalográfica

Fattorelli, Maíra Miranda

Notas sobre a precariedade e a invisibilidade da morte materna / Maíra Miranda Fattorelli ; orientadora: Bethânia de Albuquerque Assy ; co-orientadora: Thamís Dalsenter Viveiros de Castro – 2019.

120 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2019.

Inclui referências bibliográficas

1. Direito – Teses. 2. Mortalidade materna. 3. Precariedade. 4. Direitos humanos. 5. Direitos sexuais e reprodutivos. I. Bethânia de Albuquerque Assy. II. Thamís Dalsenter Viveiros de Castro. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Direito. IV. Título.

CDD: 340

Aos meus pais, minhas irmãs e meus avós,
que ensinam o significado do amor.

Ao Gabriel por me mostrar a alegria de
caminhar junto, com todo meu amor.

A Marielle, que fez ecoar a urgência da
morte materna.

Agradecimentos

Agradeço as queridas orientadoras Bethânia e Thamis. À Bethânia pelo acompanhamento ao longo de toda a graduação e mestrado e por despertar o olhar ao direito a partir dos direitos humanos e da abertura ao afeto. Por sua generosidade e enorme carinho ao longo de todos estes anos. À Thamis pela acolhida do tema e por suas inúmeras contribuições e conversas, impulsionando a realização deste trabalho com muita ternura e carinho.

A Gabi e a Bruna, que alegraram a vivência do mestrado com muita doçura, criando laços e verdadeiras amizades. E a turma de 2017, que possibilitou que a experiência do mestrado ganhasse novos sentidos e alegrias, em especial a Mari, Livia, Bel, Isaac e Pedro.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da PUC, que despertaram e instigaram proposições e críticas, em especial às professoras Márcia e Thula por tantos aprendizados e leituras proporcionados através das eletivas de raça e gênero, criando espaços de amizade e quebra de paradigmas.

Agradeço também a professora Carmen por, mesmo sem saber, através de seus textos e ter influenciado a realização deste trabalho.

Agradeço ao Anderson e a Carmen da secretaria da Pós-Graduação por tornarem todas as formalidades mais simples e por apoiarem com muito bom humor a realização deste e de todos os trabalhos ao longo do mestrado. Agradeço ao CNPq e a PUC-Rio pelos fundamentais auxílios concedidos.

Em especial, agradeço aos meus pais e minhas irmãs, por acreditarem e com entusiasmo apoiarem a realização do mestrado, inspirando com carinho este trabalho. A gratidão e o amor a eles transborda, sendo o próprio sentido da caminhada. Agradeço também às amigas-irmãs pela amizade de sempre. Por último e principalmente agradeço ao Gabriel, pela companhia ao longo do mestrado e por mostrar que o amor e a cumplicidade transcendem permitindo o florescimento de tudo que há de mais belo e sincero. A ele todo meu amor.

Resumo

Fattorelli, Máira Miranda; Assy, Bethânia de Albuquerque. **Notas sobre a precariedade e a invisibilidade da morte materna**. Rio de Janeiro, 2019. 120p. Dissertação de mestrado - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Partindo da lente dos direitos humanos para compreender a temática dos direitos sexuais e reprodutivos, o presente trabalho se debruça sobre os limites e o alcance das diretrizes humanísticas diante das mulheres vítimas de violência e morte no âmbito do sistema de saúde. O ensaio tem como foco principal o tema da mortalidade materna, identificada como importante indicador das condições de vida e saúde das mulheres e suscitada enquanto grave violação de direitos humanos e busca, por meio de uma abordagem interseccional, conceder luz aos diversos eixos de opressão presentes na abordagem a partir das contribuições de autoras como Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins e Jurema Werneck. Com a constatação de que mais de noventa por cento das mortes maternas são evitáveis, bem como com a convivência de altos índices de mortalidade materna anuais no país, o trabalho aborda o tema enquanto parte de um projeto político firmado a partir da imposição de sofrimento, da precarização de vidas e da estigmatização de corpos, considerando os direcionamentos políticos que parecem convergir para um cenário de intensificação de violação de direitos. Articulando conceitos de Judith Butler, o ensaio atenta à mortalidade materna a partir da perspectiva da morte digna ou não de lamento, buscando formas de reafirmação dos direitos humanos a partir de seu comprometimento concreto com as mulheres que vivenciam formas de violência no sistema de saúde nacional.

Palavras-chave

Morte materna; direitos sexuais e reprodutivos; direitos humanos; precariedade.

Abstract

Fattorelli, Máira Miranda; Assy, Bethânia de Albuquerque (Advisor). **Notes on precarity and invisibility of maternal death**. Rio de Janeiro, 2019. 120p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Based on the lens of human rights to understand the theme of sexual and reproductive rights, the present paper focuses on the limits and the scope of the humanistic guidelines before women victims of violence and death within the health system. The main focus of the essay is the issue of maternal mortality, identified as an important indicator of women's living conditions and health, and raised as a serious violation of human rights, and seeks, through an intersectional approach, to give light to the various categories of social inequality present in the analysis from the contributions of authors such as Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins and Jurema Werneck.

With the observation that more than ninety percent of maternal deaths are preventable, as well as with the coexistence of high annual maternal mortality rates in the country, the study addresses this issue as part of a political project based on the imposition of suffering, the precariousness of lives and the stigmatization of bodies, taking into account the political orientations that seem to converge to a scenario of intensification of violation of rights. Articulating concepts by Judith Butler, the essay focuses on maternal mortality from the perspective of death qualifying or not as “grievable”, seeking ways to reaffirm human rights based on its concrete commitment to women experiencing forms of violence in the national health system.

Keywords

Maternal death; sexual and reproductive rights; human rights; precarity.

Sumário

1.	Introdução	11
2.	Direitos humanos e saúde reprodutiva	16
2.1.	Direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos	16
2.2.	A violência e o controle vivenciados no âmbito da saúde da mulher	25
2.3.	Insuficiência e limitação das normas abstratas de direitos humanos	40
3.	Mortalidade materna e saúde da mulher	46
3.1.	Olhar a partir dos direitos humanos à morte materna	49
3.2.	Cenário da morte materna no Brasil e no Rio de Janeiro	52
3.3.	Principais causas associadas à morte materna	56
3.4.	Casos Alyne Pimentel e Ingriane Barbosa	70
4.	A morte materna e a seleção das vidas vivíveis	75
4.1.	Violação de direitos e política de morte no sistema de saúde	75
4.2.	Vidas precarizadas e mortes consentidas e indignas de luto	86
4.3.	Violência e imperiosa (re)afirmação dos direitos humanos	96
5.	Conclusão	103
6.	Referências Bibliográficas	106

Lista de abreviações

ADCT – Atos das Disposições Constitucionais Transitórias

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AMB – Articulação de Mulheres Brasileiras

CEDAW – Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CF – Constituição Federal

CLADEM – Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher

Comitê CEDAW – Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

Comitê DESC – Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres

Corte IDH – Corte Interamericana de Direitos Humanos

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

ESF – Estratégia Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

IML – Instituto de Medicina Legal

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISAM – Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher

RCL – Receita Corrente Líquida

Renafro – Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde

RGPS – Regime Geral da Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

*Das lágrimas em meus olhos secos,
basta o meio tom do soluço
para dizer o pranto inteiro.*

Conceição Evaristo

1.

Introdução

Em meio à estrutura jurídica moderna pautada por um domínio masculino e patriarcal, teve início uma mobilização em busca de novas formas de compreensão do universo jurídico, de organização de suas bases e de seu conteúdo. A partir de reivindicações e construções suscitadas por movimentos de mulheres, documentos jurídicos são firmados prevendo a garantia da autonomia corporal e a preservação da saúde e da vida das mulheres, com a afirmação política destas e a enunciação de distintas dimensões ao direito. Neste contexto, os direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos internacionalmente como direitos humanos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 1994, e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, marcando um novo paradigma no tocante à proteção da sexualidade e da reprodução¹.

Inicialmente atrelados à esfera privada, tais direitos passam a ser delineados a partir de uma percepção mais ampla, englobando a proteção da vida e a vedação a tratos degradantes e tortura. Este novo olhar permite atentar ao corpo a partir de uma compreensão íntima e, paralelamente, política, com a possibilidade de florescimentos múltiplos e também de apreensões e capturas, e demonstra que apesar das conquistas verificadas no plano abstrato, formas distintas de exposição à violência ainda marcam a busca pela efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos. Partindo deste panorama de proteção e afirmação dos direitos das mulheres e da constatação de que estes muitas vezes não alcançam as mulheres reais que clamam por proteção, o presente trabalho busca analisar as limitações dos direitos positivos e conceder luz às violações de direitos humanos vivenciadas no âmbito do sistema de saúde brasileiro pelas mulheres, dando enfoque a uma violação específica e pungente, a morte materna.

¹ CAMPOS, Carmen Hein de. *Legislação, Políticas Públicas e histórico dos Direitos Reprodutivos no Brasil*. IN: CAMPOS, Carmen Hein de e OLIVEIRA, Guacira. *Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios*. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009. Disponível em: http://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/colecao20anos_saudereprodutivadasmulheres.pdf. Acesso em: 24/03/2018, p. 47/48.

Os índices de mortalidade materna são identificados enquanto importante forma de aferição das condições de vida das mulheres e da qualidade da assistência médica a elas prestada nos períodos de gestação e puerpério. Suscitada enquanto indicador social e expressão do status da mulher na sociedade, a morte materna atesta a existência de iniquidades sociais, de gênero e de raça, apresentando-se enquanto fenômeno complexo que revela desigualdades históricas da sociedade. Considerando as altas taxas de morte materna vigentes no Brasil, o trabalho busca conceder enfoque aos avanços e retrocessos verificados no enfrentamento da temática a nível nacional e na cidade do Rio de Janeiro, localidade em que estes indicadores têm piorado nos últimos anos, sublinhando a existência de piora dos índices nacionais também em relação às mulheres negras.

Neste panorama, observando a mortalidade materna enquanto expressão de arranjos sociais e políticos e como representação para análise da maternidade a partir do prisma da desigualdade, esta violação de direitos humanos é escolhida para uma abordagem mais detalhada em razão de sua especial condição de evitabilidade. Os dados apontam que mais de 90% dos casos de morte materna são evitáveis e, partindo desta significativa constatação, o trabalho busca apreciar os distintos direcionamentos que parecem convergir para este cenário de produção de morte de mulheres. Com o reconhecimento de que este evento é capaz de expor violências estruturais percebidas a partir do patriarcalismo e do racismo, o trabalho analisa o anunciado cenário de mortes evitáveis mas não evitadas a partir de uma possível política de estigmatização de corpos e de precarização de vidas.

Por meio de uma abordagem jurídica atenta à gramática dos direitos humanos, o ensaio realiza algumas aproximação com conceitos e dados oriundos de pesquisas médicas, sem a pretensão de exauri-los. Neste sentido, as aproximações com questões da medicina apenas se farão presentes na medida em que se mostrarem necessárias à presente análise, que parte do contexto jurídico para se debruçar à temática da mortalidade materna enquanto fenômeno político e social capaz de revelar a suficiência ou insuficiência da atenção concedida às demandas das mulheres na área da saúde e a capacidade ou não de reconhecimento destas enquanto sujeito dos direitos formulados abstratamente.

Neste escopo, o trabalho aborda no primeiro capítulo as conquistas alcançadas na seara formal referentes aos direitos das mulheres à sexualidade e à reprodução, com a garantia de especial proteção por parte de documentos

internacionais aos momentos da gravidez, parto e puerpério e de previsão de atendimento universal e irrestrito oferecido internamente através do Sistema Único de Saúde, observando a distância existente entre o cenário normativo abstrato e a realidade concreta e debruçando-se sobre práticas autoritárias e violentas existentes no âmbito da saúde. Precariedade, ausência de infraestrutura e invisibilidade das irregularidades visualizadas nas dependências médicas são suscitadas como traços de nosso país, verificados em um contexto de desigualdade na vivência da sexualidade e da reprodução por distintos grupos de mulheres, com abertura de espaço para a ocorrência de violência obstétrica e de morte materna.

A partir de uma análise atenta aos eixos de raça, classe e gênero presentes na base da temática da mortalidade materna, o trabalho busca, através de uma lente interseccional, apreender de forma ampla o quadro de violação de direitos sexuais e reprodutivos vivenciado por mulheres, analisando formas específicas de violência experienciadas por mulheres negras e de baixas classes sociais na busca por acesso a serviços de saúde e na qualidade do atendimento médico ofertado, com a revelação de formas desiguais de aceitação e cuidado em relação à gravidez e à sexualidade. Condições estruturais e aspectos dinâmicos de desempoderamento² são analisadas a partir das contribuições teóricas de Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins e Jurema Werneck na tentativa de compreender a exposição diferencial à morte vivenciada por grupos específicos de mulheres.

Identificando a não efetivação dos direitos das mulheres enunciados no plano teórico e reconhecendo a insuficiência do discurso dos direitos humanos em conceder respostas efetivas ao contexto de violência e morte anunciado, o trabalho questiona as possíveis implicações que tais violações de direitos seriam capazes de ensejar ao até então consolidado arcabouço abstrato protetivo. Através da busca dos limites das normas abstratas de direitos humanos e do alcance de suas diretrizes frente às mulheres vítimas de violência e morte no sistema de saúde, o ensaio aborda as contribuições de Costas Douzinas e de Judith Butler na tentativa de assimilar, a partir de uma análise crítica, os paradoxos dos direitos humanos e sua insuficiência frente a vidas que parecem não alcançar o status normativo

² CRENSHAW, Kimberlé. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*. Stanford Law Review, Vol. 43, N. 6, pp. 1241-1299. Stanford Law Review, 1991. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/mapping-the-margins-intersectionality-identity-politics-and-violence-against-women-of-color-kimberle-crenshaw1.pdf>. Acesso em: 24/07/2017, p. 1244.

hegemônico de *vida humana* para fins de incidência das normas edificadas no campo do direito à saúde das mulheres.

Em seguida, no segundo capítulo, o trabalho concede enfoque à temática da mortalidade materna, considerando este evento através da perspectiva dos direitos humanos e da busca por sua compreensão concreta e enraizada. Os avanços e retrocessos atestados em relação aos índices de morte materna no país e na cidade do Rio de Janeiro são abordados suscitando-se o aumento do número de mortes verificado entre mulheres negras e sublinhando-se as desigualdades políticas e raciais presentes na base deste fenômeno social.

O ensaio analisa os indicadores de morte materna tendo como enfoque principal o marco temporal fixado entre 1990 e 2015, período em que o Brasil se comprometeu internacionalmente, a partir da adesão às Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a reduzir seus índices de morte materna. As distintas causas atreladas à mortalidade materna são enaltecidas, frisando-se o impacto que a criminalização do aborto provoca neste cenário de violência. Dois casos paradigmáticos são então abordados como representativos do anunciado contexto de produção de mortes, com a enunciação das histórias de Alyne Pimentel e Ingriane Barbosa, buscando-se atribuir nome e dimensão corpórea às estatísticas referentes à mortalidade materna, que silenciam vivências de dor e sofrimento. O Caso Alyne Pimentel vs. Brasil, que tramitou perante o Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher das Nações Unidas, tem sua importância reverenciada, com a análise das recomendações realizadas pelo Comitê ao reconhecer a responsabilidade internacional do Estado brasileiro pela morte materna de Alyne, ressaltando-se a ausência de efetivação das recomendações estruturais formuladas ao Brasil.

Por fim, o trabalho analisa no terceiro capítulo os direcionamentos políticos que parecem convergir para a produção de mortes maternas, atentando à tolerância e ao consentimento estatal que parecem permear a temática. As ações concretas criadas para diminuir os altos índices atualmente existentes de mortalidade materna são valorizadas, ressaltando-se, todavia, a existência de direcionamentos políticos que apontam para a desestruturação dos projetos existentes e para o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde, com a análise da Emenda Constitucional n. 95 que prevê o congelamento de gastos sociais pelo

período de vinte anos e dos impactos que a opção legislativa pela criminalização do aborto enseja a este cenário de acentuada violência.

A partir deste panorama, a teoria de Butler é mais uma vez articulada no intuito de se identificar a vulnerabilidade e a precariedade ínsita à mortalidade materna e à invisibilidade que a acompanha. Mortes evitáveis verificadas em altos números todos os anos parecem refletir vidas que não se amoldam ao enquadramento normativo hegemônico de *vida* e mortes desmerecedoras de comoção. Assim, atenta-se à temática da mortalidade materna desde a teoria de racismo de estado proposta por Michel Foucault e da seleção das vidas que merecem viver, suscitando-se o tema a partir da abordagem do luto público e da perspectiva da morte digna ou não de lamento. A partir dos conceitos propostos por Butler, busca-se formas de ruptura dos enquadramentos normativos existentes que permitem a apreensão da vida e a expressão política da morte, suscitando-se a força insurgente presente na base dos direitos humanos e postulando-os através de seu potencial de crítica e de sua afirmação concreta a partir das mulheres vítimas de violência e de morte no âmbito do sistema nacional de saúde.

2.

Direitos humanos e saúde sexual e reprodutiva

2.1.

Direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos

O corpo, dimensão material que expõe formas múltiplas de constituição do sujeito, é permeado por desejos e anseios e, também, por violências e distintas formas de controle. O corpo das mulheres revela o florescimento de potências e um histórico de apreensões e capturas. Esterilização forçada, criminalização do aborto, violência obstétrica e mortalidade materna são algumas expressões da violência que ao longo dos anos foi sendo sedimentada sobre o corpo das mulheres³, provocando a erupção de reivindicações pela consagração de direitos e autonomias nos campos sexual, reprodutivo e da saúde da mulher.

No âmbito internacional, desde o início do século XX o movimento de mulheres suscita a dimensão política do corpo e sua autonomia frente aos processos de subjugação e controle a ele atrelados, suscitando a fecundidade e a sexualidade como formas de constituição da cidadania das mulheres⁴. No plano interno, este debate que começa a ganhar forma nos anos 50 e 60, com anseios por liberdade no exercício da sexualidade e abertura para o uso de métodos contraceptivos, é abafado durante o período de ditadura militar, que sedimenta o autoritarismo das políticas de controle de natalidade e reprime as possibilidades de expansão da liberdade e da autonomia em sede política, social e corporal⁵.

A violência no campo da saúde sexual e reprodutiva passa a se revestir no âmbito interno, então, a partir de políticas de esterilização em massa, direcionadas

³ GOES, Emanuelle. *Mulheres e negras, todas as formas de violência pelo simples fato de existir*. População negra e saúde. Mídia digital. Matéria publicada em 25/11/2014. Disponível em <http://populacaonegraesauade.blogspot.com.br/2014/11/mulheres-e-negras-o-todas-as-formas-de.html>. Acesso em 24/03/2018, p. 1.

⁴ HEILBORN, Maria Luiza. *Direitos sexuais e reprodutivos: um olhar antropológico*. IN: LIMA, Antonio Carlos de Souza (org). *Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos*. Rio de Janeiro/Brasília: Associação brasileira de antropologia, 2012, p. 396; CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 43.

⁵ OLIVEIRA, Guacira. *Duas décadas de luta feminista anti-racista pelos direitos sexuais e reprodutivos*. IN: CAMPOS, Carmen Hein de e OLIVEIRA, Guacira. Op. cit., p. 25.

sobretudo ao Norte e Nordeste do país e às mulheres negras, por meio de recursos de agências internacionais e sob o manto discursivo do controle demográfico⁶. Esta prática, alvo de resistência e denúncia contundente por parte dos movimentos de mulheres e, principalmente, do movimento de mulheres negras, mais tarde é denunciada pela Campanha Nacional Contra a Esterilização em Massa, que suscita o tema dos direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma perspectiva racial⁷. A prática foi também objeto de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada para investigar a esterilização em massa de mulheres no Brasil⁸.

Na década de 80, no período de redemocratização, a temática da sexualidade e da reprodução se consolida enquanto pauta dos movimentos feministas brasileiros, sendo acrescida à agenda política firmada em torno da luta democrática⁹. Tem-se, assim, a reivindicação pela implementação do Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher (PAISAM), concebido a partir de ideias feministas e projetado de modo a tratar a saúde da mulher de forma integral e a atentar às demandas por autonomia, permitindo a construção de um programa de saúde da mulher que transcendesse a perspectiva da maternidade¹⁰.

Ainda neste momento histórico, destaca-se a participação do movimento de mulheres no processo constituinte, com a aprovação da Carta das Mulheres aos Constituintes, que contou com propostas específicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, ensejando intenso debate e importantes vitórias como a previsão, no novo texto constitucional, do direito ao planejamento familiar, da função social da maternidade, da garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, ademais, o veto a políticas de controle de natalidade¹¹. Neste contexto, a mobilização social das mulheres passa a suscitar a intrínseca relação existente entre liberdade sexual e autonomia reprodutiva de um lado, e a afirmação política das mulheres, de outro. Como afirma Guacira Cesar de Oliveira, tem-se que:

Os movimentos feministas, em suas denúncias públicas sobre as diversas formas de violação de direitos e do exercício efetivo da cidadania feminina,

⁶ Ibid., p. 25.

⁷ Ibid., p. 28.

⁸ Ibid., p. 28.

⁹ CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 97.

¹⁰ Ibid., p. 44 e 70.

¹¹ Ibid., p. 99; OLIVEIRA, Guacira. Op. cit., p. 27.

reivindicaram a liberdade sexual e o direito de decidir sobre nossos corpos como parte central para o exercício de projetos de vida plenos e autônomos.¹²

Adiante, na década de 90, o movimento de mulheres articulado no cenário interno passa a reverberar as mobilizações feministas internacionais. Neste momento já está em vigor a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), primeiro documento internacional voltado especificamente à proteção dos direitos das mulheres, promulgado em 1979, que prevê o dever dos Estados de efetivar sem qualquer discriminação o direito à proteção da saúde das mulheres e formula as bases sobre as quais os direitos sexuais e reprodutivos serão firmados¹³. A partir deste marco, estes direitos começaram a ser delineados enquanto reivindicações e construções das mulheres, sendo tradicionalmente formulados em associação às garantias de autonomia, liberdade e igualdade¹⁴, e como forma de proteção de seus corpos de formas de controle e subjugação.

Após o advento de outros importantes documentos voltados aos direitos das mulheres, dentre os quais destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), a Conferência Internacional de Populações e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, proporcionou uma mudança fundamental de paradigma. Pela primeira vez os direitos sexuais e reprodutivos foram firmados de forma expressa como direitos humanos¹⁵. Como destacado por Carmen Hein de Campos, esta Conferência deslocou as questões relacionadas a políticas populacionais para o campo dos direitos humanos. Nas palavras da autora:

A Conferência Internacional de Populações e Desenvolvimento (Cairo, 1994) representou o *turning point* na discussão sobre demografia e economia. Deslocou a discussão sobre as políticas populacionais para os direitos humanos, do bem estar social e igualdade de gênero. Deslocou também a discussão do planejamento familiar para as questões da saúde e direitos sexuais e reprodutivos¹⁶.

Um novo olhar passou a ser concedido à sexualidade e à reprodução pelo

¹² OLIVEIRA, Guacira. Op. cit., p. 14.

¹³ ONU. *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*. Adotada pela Assembleia Geral em 1979, arts. 11. f e 12.

¹⁴ ÁVILA, Betânia. IN: CAMPOS, Carmen Hein de e OLIVEIRA, Guacira. Op. Cit., p. 18.

¹⁵ CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 48.

¹⁶ Ibid, p. 47.

direito internacional e a questão demográfica passou a ser suscitada à luz dos direitos humanos¹⁷, seguindo diretrizes como autonomia e liberdade. O olhar dos documentos internacionais anteriores, até então pautados pela necessidade de limitação do crescimento populacional e, deste modo, aptos a fundamentarem políticas de controle de natalidade e, até mesmo, de esterilização, dão lugar a um novo paradigma, radicalmente distinto, que valoriza a autodeterminação e a cidadania individual¹⁸. Flávia Piovesan comenta o avanço ocorrido no âmbito internacional, destacando o teor das Conferências de Bucareste e do México:

As Conferências anteriores, ocorridas em Bucareste, em 1974, e no México, dez anos depois, enfatizaram a necessidade de limitar o crescimento populacional, sobretudo dos países em desenvolvimento, como meio de combater a pobreza e a desigualdade social. A Conferência do Cairo rompeu com essa visão, tendo sido endossada pelas Conferências Internacionais de Copenhague e Beijing, realizadas em 1995.¹⁹

O conceito de saúde reprodutiva é formulado pelo Programa de Ação da Conferência do Cairo como um estado de bem estar físico, mental e social a ser observado em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos, incluindo vida sexual satisfatória e segura, capacidade e liberdade de reprodução e direito ao acesso a serviços de saúde adequados²⁰. Delineado de forma ampla, o conceito engloba a perspectiva sexual e a reprodutiva, sem reduzir a primeira à segunda. Ademais, o Programa de Ação, opondo-se a políticas autoritárias, enfatiza o direito de todos os casais de optarem de forma livre sobre ter ou não filhos e posiciona todas as decisões relacionadas à reprodução à salvo de violência, discriminação e coerção²¹.

Com a referida conceituação, a saúde reprodutiva passa a ser tratada, como sugere Rebecca Cook, enquanto uma questão de desenvolvimento na seara dos direitos humanos²². Analisando a conceituação internacional, a autora destacou sua importância ao colocar as mulheres no centro da temática e ao reconhecer e respeitar as necessidades das mulheres de forma geral, e não apenas daquelas que

¹⁷ PIOVESAN, Flávia. *Os direitos reprodutivos como direitos humanos*. In: BUGLIONE, Samantha (org.). *Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris: Themis-Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002, p. 72.

¹⁸ Ibid, p. 453; HEILBORN, Maria Luiza. Op. cit., p. 397.

¹⁹ PIOVESAN, Flávia. Op. cit., p. 72

²⁰ CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 49.

²¹ OLIVEIRA, Guacira. Op. cit., p. 30.

²² COOK, Rebecca. IN: CAMPOS, Carmen Hein de e OLIVEIRA, Guacira. Op. cit., p. 50.

estão vivenciando a maternidade. Ademais, enalteceu que a saúde reprodutiva figura como aspecto fundamental do bem estar da vida das mulheres²³.

Mais tarde, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing no ano de 1995, reitera a qualificação dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos e consolida o dever dos Estados de respeitar e garantir a saúde das mulheres, versando sobre o aborto enquanto questão de saúde pública e sobre a inadequação de sua criminalização²⁴. Esta Conferência, antecedida por intensa mobilização de mulheres em âmbito internacional e também na seara interna, representa a consolidação das diretrizes firmadas no Cairo e expressa o crescimento e fortalecimento dos movimentos feministas. Como afirma Rosana Schwartz, “até a IV Conferência sobre a Mulher, ainda não havia acontecido um evento com tamanho grau organizativo e político de movimento social e articulações regionais e globais sobre as mulheres no mundo”²⁵.

A preparação para a Conferência de Beijing ensejou, no âmbito interno, a constituição da Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), unindo diferentes perspectivas acerca do direito das mulheres e mobilizando pautas de gênero conjugadas com perspectivas de raça, classe e sexualidade. Com intensa participação do movimento de mulheres negras, a preparação para Beijing promoveu, como indica Sueli Carneiro, “o crescimento da temática racial no movimento de mulheres no Brasil e no mundo”²⁶. Na Conferência Preparatória de Mar Del Plata, onde foram realizados foros de discussões em preparação para a Conferência de Beijing, as mulheres negras elaboraram documento no qual, entre outras formulações, convocavam o “conjunto das mulheres a incorporar-se na luta pelo fim do racismo”²⁷. Com esta mobilização, tem-se os termos raça e etnia

²³ Ibid, p. 50.

²⁴ ONU. *Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Beijing, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/publicacoes/onu/413-declaracao-e-plataforma-de-acao-da-iv-conferencia-mundial-sobre-a-mulher>. Acesso em: 29/03/2018, par. 97.

²⁵ SCHWARTZ, Rosana. *Beijing muito mais que palavras: a IV Conferência Mundial sobre a Mulher das Nações Unidas e as Políticas Públicas no Brasil*. ANPUH – XXII Simpósio Nacional de História. João Pessoa, 2003. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/anpuhnacional/S.22/ANPUH.S22.603.pdf>. Acesso em: 14/11/2018, p.1.

²⁶ CARNEIRO, Sueli. *Raça e Etnia no Contexto da Conferência de Beijing*. IN: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa e WHITE, Evelyn (Orgs.). *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/ Criola, 2006, p. 249.

²⁷ Documento elaborado no Painel de Mulheres Negras Latino-Americanas e Caribenhas – Balanço e Perspectivas para o Terceiro Milênio, organizado pelo Geledés Instituto da Mulher Negra com apoio da UNIFEM. IN: CARNEIRO, Sueli. Op. cit., p. 250.

incorporados pela primeira vez em um documento das Nações Unidas, sendo expressos na Declaração e na Plataforma de Ação de Beijing²⁸. Em que pese o significativo avanço, apenas na Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizado em Durban em 2001, são formuladas medidas e propostas específicas para o enfrentamento de discriminações de gênero e de raça a partir de uma perspectiva interrelacionada²⁹.

Com as Conferências do Cairo e de Beijing tem-se, assim, a consolidação de um novo paradigma em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. Estes são positivados enquanto direitos humanos e delineados a partir de reivindicações de movimentos de mulheres, que participaram de forma ativa na construção de seus contornos e significados. A partir destes marcos, os conceitos de direitos sexuais e de direitos reprodutivos são ampliados. Os primeiros dizem respeito ao livre exercício da sexualidade, incluindo o direito de viver e expressar a sexualidade sem qualquer forma de violência ou discriminação, independentemente do gênero, raça, orientação sexual, religião ou deficiência³⁰. Por sua vez, os direitos reprodutivos englobam duas categorias de direitos, uma relacionada à saúde reprodutiva, e outra à autodeterminação reprodutiva. Apesar destes conceitos serem tratados muitas vezes de forma conjunta, é importante sua diferenciação e a concepção destes enquanto autônomos e independentes³¹.

Os direitos sexuais e reprodutivos deixam, então, de encontrar alicerce apenas na seara da autonomia das mulheres e passam a englobar, a partir de uma perspectiva ampla, um conjunto de direitos tais como vida, liberdade, segurança, igualdade, saúde, proteção contra discriminação, contra a violência sexual e contra a tortura e outros tratos cruéis, desumanos e degradantes, dentre outros³². Deste modo, passam a traduzir demandas e anseios concretos reivindicados pelos movimentos de mulheres, concedendo enfoques múltiplos, como a proteção à vida e a vedação à tortura, e costurando, a partir de diálogos e debates políticos promovidos por mulheres, um cenário de proteção formal contra as práticas de violência experienciadas no campo da saúde sexual e reprodutiva.

²⁸ CARNEIRO, Sueli. Op. cit., p. 255.

²⁹ OLIVEIRA, Guacira. Op. cit., p. 30.

³⁰ CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 52.

³¹ Ibid., p. 52.

³² Ibid., p. 48/49.

Ainda acerca da concepção e construção do direito à saúde das mulheres, destaca-se a Recomendação Geral n. 24 sobre Mulheres e Saúde do Comitê CEDAW, disposta por Rebecca Cook como um marco para a abordagem de direitos humanos para a saúde materna, que afirma que a negativa dos Estados em garantir serviços de saúde que somente as mulheres necessitam, como os relacionados à saúde reprodutiva, deve ser classificada como uma forma de discriminação contra as mulheres, que deve ser prevenida e remediada pelos Estados³³. A Recomendação prevê o dever dos Estados de adotarem políticas no sentido de garantir o acesso das mulheres à saúde em todos os ciclos de sua vida, versando sobre a necessidade dos Estados priorizarem a redução de suas taxas de mortalidade materna através da efetivação de serviços para a maternidade segura e da eliminação de normas punitivas relacionadas ao aborto³⁴.

Ainda neste contexto, as Recomendações Gerais n. 19 e n. 35 do Comitê CEDAW abordam a temática da violação dos direitos sexuais e reprodutivos levada a cabo pelos Estados a partir da ótica da violência de gênero. Além da questão ser compreendida pela lente da discriminação de gênero ela passa a ser delineada enquanto forma específica de violência de gênero³⁵. A Recomendação n. 19, seguindo a conceituação proposta pela CEDAW, define a violência de gênero como aquela dirigida a uma mulher por ela ser mulher ou aquela que afeta desproporcionalmente as mulheres, indicando que a violência baseada no gênero prejudica ou invalida o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais³⁶. Ademais, versa sobre a violação de direitos por meio da esterilização e do aborto obrigatórios³⁷ e prevê que os Estados devem assegurar medidas para prevenir a coerção em relação à fertilidade e à reprodução³⁸.

³³ COOK, Rebecca. *Direitos Humanos e Mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alyne*. Tradução de Maria Elvira Vieira e Beatriz Galli. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41.1, pp. 103-123, 2013. Disponível em: http://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf. Acesso em: 16/08/2018, p. 3; ONU. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 24. Mulheres e Saúde*. De 02/02/99, parágrafo 11.

³⁴ EMMERICK, Rulian. *Corpo e poder: um olhar sobre o aborto à luz dos direitos humanos e da democracia*. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação de mestrado: PUC-Rio, p. 92.

³⁵ ONU. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 19. Violência contra as mulheres*. Adotada na décima primeira sessão do Comitê, 1992; ONU. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 35. Violência de gênero contra a mulher e atualização da recomendação geral n. 19*. Adotada em 26.06.2017.

³⁶ ONU. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 19*. Op. cit., pars. 6 e 7.

³⁷ *Ibid.*, par. 22.

³⁸ *Ibid.*, par. 24, alínea m.

Por sua vez, a Recomendação n. 35, que complementa a n. 19, prevê que as violações à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher – incluindo a tipificação penal do aborto, a esterilização, aborto ou gravidez forçada e o abuso e maus tratos das mulheres e meninas que buscam informações sobre saúde e serviços sexuais e reprodutivos – podem constituir tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante³⁹, reafirmando a violência de gênero como uma forma de discriminação contra a mulher, que deve ser eliminada pelos Estados.

Na ordem interna, tem-se no tocante ao direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres a Constituição de 88 como importante marco. Garantindo acesso universal e igualitário aos serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde, a serem oferecidos de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁰, a nova ordem constitucional inaugura um novo projeto político relacionado à saúde. Um sistema público, irrestrito e equânime passa a ser desenvolvido, com a ampliação de programas e iniciativas públicas relacionados à saúde da mulher. O modelo implementado pelo SUS tem como prisma central a valorização da atenção básica de saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê a atenção básica como ordenadora de todas as redes de atenção em saúde⁴¹. Acerca do movimento de implementação do SUS destaca-se as palavras de Maria do Carmo Leal e outros:

A construção do SUS é resultado da luta pela Reforma Sanitária brasileira e de muitas disputas políticas, além da intensa participação dos movimentos sociais nas instâncias de controle social. Essas tensões e disputas conformam uma rica história com resultados, por vezes contraditórios, mas que certamente contribuíram para a melhoria das condições de saúde da população brasileira.⁴²

Tem-se, então, a opção constitucional por um sistema público e universal como verdadeira vitória, que já ensejou mudanças significativas nos marcadores de saúde das mulheres, possibilitando a universalização do pré-natal e

³⁹ ONU. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 35*. Op. cit., par. 18.

⁴⁰ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Arts. 196 a 200.

⁴¹ DOMINGOS, Carolina; ALMEIDA, Elisabeth e outros. *A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental*. Cad. Saúde Pública, Vol. 32, N. 3, e00181314, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf>. Acesso em: 02/08/2018, p. 2.

⁴² LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia; ALMEIDA e outros. *Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 23, N. 6, pp. 1915-1928, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf>. Acesso em: 06/11/2018, p. 1916.

decréscimos em termos de desfechos negativos relacionados à gravidez e ao parto⁴³. Como importantes marcos deste projeto de saúde pública destaca-se, ainda, a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 e considerada de relevo significativo para a consolidação do SUS e a ampliação do acesso a serviços de atenção básica de saúde⁴⁴, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que retoma princípios do PAISM, atualmente extinto⁴⁵. Ademais, pontua-se a Rede Cegonha, tem a função de integrar diferentes serviços, atuando em prol do acolhimento das gestantes, da avaliação de risco da gravidez, da realização de pré-natal e de ações de educação em saúde da mulher⁴⁶.

Neste contexto, tem-se importantes marcos legislativos, como a Lei 9.263/96, que garante o direito ao planejamento familiar e dispõe sobre a promoção de atendimento de saúde reprodutiva pelo SUS, fruto de mobilização do movimento de mulheres e aprovada como resposta à política desenvolvida no país de controle de natalidade⁴⁷. Ainda, a aprovação de normas referentes à atenção humanizada ao abortamento⁴⁸; a Lei 11.108/05, que garante o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no âmbito do SUS; e a Lei 11.643/07, que garante a vinculação da gestante à maternidade⁴⁹.

Os documentos internacionais, os marcos normativos internos e as políticas e programas adotados em torno da temática da saúde sexual e reprodutiva da mulher representam um cenário de proteção e cuidado, fruto de um movimento integrado de mulheres, que através da afirmação política e da reivindicação de direitos participaram da construção de um arcabouço normativo robusto, que possibilita construções no âmbito da saúde da mulher a partir do marco dos direitos humanos, considerando os direitos sexuais e reprodutivos

⁴³ Ibid., p. 1919.

⁴⁴ Ibid., p. 1916.

⁴⁵ Ibid., ps. 1921 e 1923.

⁴⁶ PIO, Danielle e OLIVEIRA, Mônica. *Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal*. Saúde Soc. São Paulo, V. 23, N. 1, pp. 313-324, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>. Acesso em: 22/11/2018, p. 316.

⁴⁷ BRASIL. *Lei n. 9.263/96, 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.

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 03/12/2018.

⁴⁹ LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia; ALMEIDA e outros. Op. cit., p. 1923.

enquanto direitos humanos merecedores de especial tutela e, ademais, concebendo sua violação como forma específica de violência e discriminação de gênero.

Este cenário de proteção, todavia, não tem sido vivenciado pelas mulheres na prática ao buscarem serviços de saúde. Verifica-se atualmente no âmbito interno o subfinanciamento do SUS e o desmonte de serviços de saúde e, nesta perspectiva, os direitos reconhecidos no plano teórico parecem distanciar-se cada vez mais da realidade concreta. Como afirmam Maria do Carmo Leal e outros, “os recentes retrocessos políticos nas conquistas sociais colocam em risco não apenas a existência do SUS, mas também a preservação de programas e políticas que enfrentaram, com sucesso, os principais determinantes sociais da saúde”⁵⁰. Neste cenário de retrocessos e incertezas políticas, a violação de direitos humanos e a precarização da saúde da mulher se acentuam.

As conquistas formais passam a ser questionadas até mesmo na seara positiva e, assim, atesta-se maior abertura para a violência e a superação dos marcos protetivos conquistados. Nessa perspectiva de crescente distanciamento entre as realidades teórica e prática, passar-se-á a atentar às distintas formas de violência vivenciadas no âmbito do sistema de saúde, buscando-se compreender, a partir de uma lente interseccional, os impactos das violações de direitos sexuais e reprodutivos aos distintos grupos de mulheres para, então, conceder enfoque aos limites das normas abstratas de direitos humanos, suscitando a titularidade destas normas e o real significado de sua violação.

2.2.

A violência e o controle vivenciados no âmbito da saúde da mulher

Todo o arcabouço normativo internacional e interno relacionado à saúde da mulher representa, desde uma perspectiva teórica, um importante avanço. Entretanto, na prática a maioria das mulheres continua vivenciando violações reiteradas em seus direitos sexuais e reprodutivos, que ainda não conquistaram no plano fático o mesmo prestígio verificado na retórica positiva. Ao redor do mundo, tem-se os problemas relacionados à saúde reprodutiva como a principal

⁵⁰ Ibid., p. 1925.

causa de morte ou enfermidade entre mulheres de 10 a 49 anos de idade⁵¹. A autonomia corporal e o direito à vida passam ao largo e distintas formas de apreensão dos corpos, com impacto diferenciado aos corpos das mulheres negras e de baixas classes sociais, é atestado em meio a um cenário de controle e violência.

Dentre as violações de direitos verificadas no âmbito da saúde da mulher destaca-se a violência obstétrica, suscitada enquanto uma forma específica de violência de gênero⁵² e que traduz a vivência dos processos relacionados à reprodução a partir de relações de poder e perda de autonomia. A violência obstétrica caracteriza-se pela imposição de intervenções que causem dano às integridades física e psicológica das mulheres nos períodos de gestação, parto, pós-parto e situação de abortamento, efetivada por profissionais de saúde e instituições públicas e privadas responsáveis pelo atendimento médico⁵³. Estudos apontam que no país cerca de um quarto das mulheres que vivenciam a maternidade sofrem alguma forma de violência na assistência⁵⁴. A partir desta forma específica de violência tem-se o saber médico sendo exercido de modo a controlar os corpos e a sexualidade das parturientes⁵⁵.

Reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração intitulada Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde⁵⁶, a violência obstétrica – que atualmente é objeto de projetos de lei específicos no país⁵⁷ – é

⁵¹ UNFPA. *Promovendo o direito à saúde sexual e reprodutiva*. Cooperação entre a Prefeitura Municipal de Salvador e o Fundo de Populações das Nações Unidas. Relatório Ano I. Salvador, 2008. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriopromovendo.pdf>. Acesso em: 14/10/2018, p. 7.

⁵² SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. *Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco*. Revista de direitos humanos e efetividade. V. 2, N. 1, pp. 128-147. Brasília: 2016. Disponível em: <http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>. Acesso em: 02/11/2018, p. 129.

⁵³ Ibid., p. 128.

⁵⁴ DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Halana e outros. *Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção*. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-376, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 12/10/2018, p. 2 e 3.

⁵⁵ SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. Op. cit., p. 129.

⁵⁶ OMS. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. WHO/RHR/14.23, 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/. Acesso em: 12/01/2019.

⁵⁷ Projeto de Lei 7.633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Autor do projeto Jean Wyllys, com elaboração da Artemis; Projeto de Lei 7.867/2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Autora do projeto Jô Moraes; Projeto de Lei 8219. Dispõe sobre a

compreendida, nos termos delineados pela legislação de referência da Venezuela, como uma forma de apropriação do corpo das mulheres, com impacto na autonomia e na qualidade de vida. De acordo com a tipificação venezuelana:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.⁵⁸

A conceituação realça a violência obstétrica como prática que patologiza processos naturais, estando nesta perspectiva ancorada em uma concepção de gênero que compreende o corpo das mulheres como defeituoso, anormal, imprevisível e potencialmente perigoso⁵⁹, refletindo um olhar pautado pelo paradigma moderno dominante que associa a mulher à inferioridade.

Esta perspectiva fundamenta o uso de técnicas abusivas em nome de correções e tutelas a serem direcionadas aos corpos das mulheres. Nas palavras de Simone Grilo Diniz, “tal crença leva à superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções”⁶⁰. Assim, atesta-se o uso reiterado de intervenções que deixam de considerar a mulher enquanto sujeito de direito capaz de decidir sobre seu corpo e sobre as práticas a serem desenvolvidas em sua gestação e parto. Neste contexto, legitimam-se práticas médicas que não correspondem às reais necessidades das mulheres e a gestação, sendo esta muitas vezes associada a uma forma de enfermidade, passa a suscitar intervenções sem respaldo em protocolos baseados em evidência científica⁶¹.

Corpos são apreendidos e capturados em um cenário em que às mulheres é furtado o poder de decisão e a autonomia corporal. A violência obstétrica é a marca de uma maternidade que a todo tempo precisa ser medicalizada e

violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Autor do projeto Francisco Floriano.

⁵⁸ DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Halana e outros. Op. Cit., p. 3.

⁵⁹ DINIZ, Simone Grilo. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. Revista Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009, 19(2): pp. 313-326. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod_resource/content/1/genero_saude_materna.pdf. Acesso em: 02/11/2018, p. 318.

⁶⁰ Ibid., p. 318.

⁶¹ Ibid., p. 322.

institucionalizada, de modo que os processos naturais considerados arcaicos e inapropriados, associados à dor e à primitividade, concedam lugar a um procedimento meticulosamente calculado, artificialmente controlado, desenvolvido a partir do manejo de técnicas violentas que na maioria dos casos não correspondem às necessidades clínicas das mulheres e às diretrizes da OMS.

Dentre as diversas práticas conceituadas como violência obstétrica, sublinham-se aquelas que, nos termos apresentados por Simone Grilo Diniz, Heloisa de Oliveira Salgado e outras, possuem implicações diretas para a ocorrência de mortalidade materna – uma forma específica de violência obstétrica, que será abordada a partir do capítulo seguinte. As práticas apontadas pelas autoras incluem: 1) o uso inapropriado e excessivo de intervenções invasivas e que podem causar danos às mulheres nos partos normais, como o uso não regulado de ocitocina para indução ou aceleração do parto⁶², a manobra de kristeller⁶³, a episiotomia, dentre outros; 2) a negligência na atenção das expressões de dor ou sofrimento emanadas das pelas parturientes, que podem ser veiculadas por choro, gritos ou gemidos. Como indicam as autoras, “a demora em responder a estas demandas é associada a riscos aumentados de morbimortalidade materna”⁶⁴; 3) o retardo, negligência e hostilidade no atendimento às mulheres em situação de abortamento, com frequente negativa ou retardo no atendimento nos casos de aborto provocado pela mulher; 4) o impedimento da presença de acompanhante, o que vulnera a segurança da parturiente⁶⁵.

Em relação à episiotomia, procedimento cirúrgico utilizado para aumentar a abertura do canal vaginal para o parto a partir de incisão na vulva e corte na entrada da vagina⁶⁶, ressalta-se que este procedimento era realizado indistintamente sem que existisse nenhum estudo clínico sobre seus riscos e benefícios. Apenas em meado da década de 80 tem-se a realização de pesquisa

⁶² Nos termos explicados por SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane, a ocitocina é um hormônio que acelera o trabalho de parto e seu uso indiscriminado na forma sintética, sem a correta indicação médica, pode provocar aumento das dores e causar complicações à mulher como o aumento da frequência cardíaca. Ver em SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. Op. cit., p. 136.

⁶³ Nos termos explicados por SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane, a manobra de Kristeller consiste em uma manobra realizada na parte superior do útero, no momento do parto, que tem como objetivo empurrar o bebê para acelerar seu nascimento, podendo provocar lesão aos órgãos internos da mulher, hematoma, fatura das costemas e hemorragias. Ver em SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. Op. cit., p. 135.

⁶⁴ DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Halana e outros. Op. Cit., p. 4.

⁶⁵ Ibid., p. 4.

⁶⁶ SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. Op. cit., p. 134.

médica sobre este procedimento, que conclui pela abolição de seu uso de rotina⁶⁷. O uso indiscriminado da prática mesmo diante da falta de estudos acerca de sua realização fundamenta-se na crença de que o corpo das mulheres precisa de reparos e escancara formas de violência ancoradas em estereótipos e paradigmas de gênero que compreendem o corpo das mulheres como demandante de intervenções e ajustes. Ainda hoje a episiotomia é utilizada de forma abusiva. Nos termos apontados pela pesquisa *Nascer no Brasil* – realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em âmbito nacional com a coleta de dados sobre parto e nascimento nos anos de 2011 e 2012 – este procedimento é utilizado em 53,5% dos partos normais no país, contrariando a recomendação da OMS, que indica que a episiotomia apenas deveria ser realizada em 10% dos partos vaginais. Este número, que revela o uso rotineiro da prática, chega a 74% no caso das mulheres que estão tendo seu primeiro filho⁶⁸. A prática, quando não justificada de forma concreta pelo quadro clínico da parturiente, revela violência que ultrapassa o momento do parto e verbera sobre a saúde sexual da mulher, impondo-se a partir da dor e sendo muitas vezes manejada sem o uso de anestesia⁶⁹.

Outra prática conceituada como violência obstétrica que possui relação direta com a mortalidade materna é a realização sistemática de cirurgias cesarianas sem justificativa concreta a partir do quadro clínico das mulheres. A cirurgia cesárea tem sua relevância sublinhada nos casos em o quadro clínico da gestante efetivamente apontar sua necessidade. Contudo, nas palavras de Artenira Sauaia e Maiane Serra, “os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsecamente relacionados a ideações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto”⁷⁰. Nesta perspectiva, o parto natural encontra-se associado à primitividade e à sujeira, enquanto a cirurgia cesárea é elencada como forma preferencial de parir⁷¹. Este contexto, que desnaturaliza o parto e mina seu potencial prazeroso, reafirma a concepção do corpo das mulheres enquanto demandante de medicação e interferências médicas, mesmo quando estas não se mostrem necessárias.

De acordo com a OMS, a cesárea eletiva realizada em mulheres que não

⁶⁷ DINIZ, Simone Grilo. Op. cit., p. 319.

⁶⁸ SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. Op. cit., p. 135.

⁶⁹ Ibid., p. 134.

⁷⁰ Ibid., p. 130.

⁷¹ Ibid., p. 130.

precisam desta intervenção acarreta riscos imediatos e a longo prazo. A Organização pontua que a taxa ideal de cesárea estaria entre 10 a 15% dos partos⁷², mas no Brasil, segundo os dados da pesquisa Nacer no Brasil, tem-se que 52% dos partos em nível nacional são feitos por cesárea. Ainda segundo os dados da pesquisa da Fiocruz, tem-se que 46% dos partos realizados no setor público são cesarianas, assim como 88% dos partos realizados no setor privado⁷³.

Altas taxas de cesárea abrem portas para distintas formas de violência, como a mortalidade materna, que tem seu índice associado à realização de cirurgias cesarianas não ancoradas nas necessidades clínicas das mulheres. Neste sentido, tem-se que as taxas de morte materna em decorrência de cesárea chegam a ser sete vezes maiores do que as atestadas em partos normais⁷⁴. Estudo apontado pelas autoras Simone Grilo Diniz, Heloisa de Oliveira Salgado e outras indica que 23% das mortes maternas no Brasil estão relacionadas ao aumento das taxas de cirurgias cesarianas evidenciado a partir do ano 2000⁷⁵.

Nesta perspectiva de violência no âmbito da reprodução, ressaltam-se ainda os abusos verbais, que estimulam um contexto de controle e inferiorizam as parturientes⁷⁶. Estudo realizado por Janaina Aguiar, Ana Flávia d'Oliveira e Lilia Schraiber, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), demonstrou que as práticas médicas de assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas são marcadas por atuações discriminatórias e desrespeitosas, sendo comum o uso de jargões pejorativos como forma de humor, ameaça, reprimenda e negligência no manejo da dor⁷⁷. No mesmo sentido, Laura Mattar e Simone Diniz pontuam os abusos verbais como prática utilizada pelos

⁷² OMS. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. WHO/RHR/15.02. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 03/12/2018, p. 1 e 2.

⁷³ FIOCRUZ. *Nacer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa*. Coordenação Maria do Carmo Leal. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nacerweb.pdf>. Acesso em: 03/12/2018, p. 3.

⁷⁴ SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. Op. cit., p. 137.

⁷⁵ DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Halana e outros. Op. Cit., p. 4.

⁷⁶ MATTAR, Laura e DINIZ, Simone. *Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., V. 16, N. 40, pp. 107-19, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>. Acesso em: 12/10/2018, p. 112.

⁷⁷ AGUIAR, Janaina; d'OLIVEIRA, Ana Flávia e SCHRAIBER, Lilia. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 29, N. 11, pp. 2287-2296, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24/072017, p. 2293.

profissionais para disciplinar as pacientes, desmoralizar seu sofrimento e desautorizar eventuais pedidos de ajuda que tiverem sido realizados⁷⁸.

A precariedade do serviço e o anunciado enredo de violação de direitos relacionados à saúde atinge as mulheres que clamam por direitos reprodutivos, mas é identificada, de forma diferenciada, diante das demandas de mulheres negras e de mulheres de baixa renda que dependem do serviço público para terem suas necessidades atendidas. Apesar de se verificar um esforço crescente dos profissionais de saúde em prol da melhoria do serviço público, estimulado por projetos como o já referido Programa de Humanização do Parto e Nascimento, existe grande disparidade na qualidade do serviço ofertado através do SUS, sendo certo que a organização e a infraestrutura das unidades de atendimento das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste diferenciam-se das localizadas no Sul e Sudeste, havendo desigualdade na oferta de serviços de qualidade e ainda muitos obstáculos a serem superados para garantia do direito à saúde a nível nacional. Estudos apontam que diversos serviços no âmbito do SUS desenvolvem-se com pouco apoio em evidências científicas e, como pontua Simone Grilo Diniz, não são raras as vezes em que a relação entre profissionais e usuárias é pautada por um viés autoritário, incluindo formas de tratamento degradante⁷⁹.

Os modelos público e privado de assistência à saúde reprodutiva evidenciam distintos cenários. Ainda nos termos propostos por Diniz, cumpre diferenciar as formas de medicalização e de amparo que operam em cada um destes modelos, com desigual aceitação em relação a práticas que vulneram os direitos das parturientes. Nas palavras da autora tem-se que:

A consolidação de um sistema de saúde público-privado resulta de uma dualidade de financiamento, ao mesmo tempo em que gera uma dualidade de assistência. Os trabalhadores mais qualificados, assim como a elite econômica, ao serem iguados a todos os brasileiros pelo SUS, criaram novas formas de diferenciação - e a forma de parir foi uma delas. Se a medicalização do parto é uma realidade para quase todas as mulheres brasileiras, mulheres de diferentes classes sociais foram submetidas a diferentes formas de medicalização e de assistência inapropriada, refletindo a hegemonia dos interesses corporativos sobre os interesses de saúde da população e a falta de regulamentação das práticas.⁸⁰

⁷⁸ MATTAR, Laura e DINIZ, Simone. Op. cit., p. 112.

⁷⁹ DINIZ, Simone Grilo. Op. cit., p. 317.

⁸⁰ Ibid., p. 319/320.

A diferenciação a partir da forma de parir, verificada com a oferta de serviços dispendiosos na rede privada, com a tendência de maior amparo e cuidado, acaba por deixar à rede pública um espectro de maior aceitabilidade à violência. Marcadores como classe e raça acabam por diferenciar a vivência da maternidade e a assistência à saúde. Angela Davis, ao versar sobre a prestação deficitária dos serviços de saúde pelos Estados Unidos, ressalta a condição peculiar experienciada pelas mulheres negras, afirmando que “situadas na intersecção entre racismo, sexismo e injustiça econômica, as mulheres negras têm sido obrigadas a suportar o peso desse processo opressivo complexo”⁸¹.

Enfatizando a relação existente entre gênero, raça e classe, a autora chama atenção à realidade de 1987, momento em que expunha suas ideias, em que duas em cada três pessoas adultas pobres nos Estados Unidos eram mulheres e em que 80% da população pobre era composta por mulheres e crianças⁸². Este referencial continua presente atualmente, com a pobreza monetária atingindo crianças e jovens e tendo alta incidência em relação à população negra e às mulheres⁸³. No Brasil os dados do Ipea de 2011 demonstraram que apenas 26,3% das mulheres negras possuíam níveis de renda médios ou altos e que cerca de 74% das mulheres negras encontravam-se residindo em regiões com menos ou nenhuma água encanada, esgotamento sanitário, coleta regular de lixo, acesso à alimentação, à escola e aos serviços de saúde⁸⁴.

A pesquisa Nascido no Brasil reafirma este cenário, indicando que dentre as mulheres que dependem da rede pública de saúde e utilizam pagamento público para o parto estão em maior concentração as mulheres negras. Da mesma forma, são as mulheres negras que apresentam maior concentração para maternidade

⁸¹ DAVIS, Angela. *Mulheres, cultura e política*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017, p. 56.

⁸² *Ibid.*, p. 56.

⁸³ IBGE. *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos & Pesquisa Informação Demográfica e Socioeconômica 37. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>. Acesso em: 04/12/2018, p. 67.

⁸⁴ CASTRO, Clarisse. *SUS, população negra e racismo: para promover saúde é preciso reconhecer e eliminar o preconceito*. Pense SUS, Fiocruz. Mídia digital. Matéria publicada em 12/12/2016. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/sus-populacao-negra-e-racismo-para-promover-saude-e-preciso-reconhecer-e-eliminar-o-preconceito>. Acesso em 24/07/2018, p. 1

entre adolescentes, entre mulheres menos escolarizadas, entre as pertencentes às classes econômicas D e E e, ainda, dentre as com três ou mais partos anteriores⁸⁵.

Neste contexto, é patente a vulnerabilidade diferenciada vivenciada pelas mulheres negras ao buscarem serviços de saúde e, em especial, atenção para o parto. O relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos sobre Pobreza e Direitos Humanos afirma que a discriminação racial direta é uma constante na prestação de serviços de saúde à população afrodescendente no Brasil e na região⁸⁶. A raça ainda não foi identificada pelas autoridades locais como uma categoria que precisa ser levada em conta com especial atenção na avaliação dos serviços sociais e de saúde. José Marmo da Silva, coordenador da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro), afirma que o racismo dificulta o acolhimento das pessoas negras no SUS e que muitas vezes os profissionais de saúde sequer percebem suas atitudes racistas⁸⁷.

Como afirma Kimberlé Crenshaw, discriminações estruturais, engendradas por forças econômicas, culturais e sociais muitas vezes passam a ocupar um status de normalidade no imaginário social. Com isso, o potencial de crítica desta estruturação se esvazia e o problema existente em sua base é mascarado. O pano de fundo das discriminações se torna encoberto por um véu de imutabilidade e de naturalidade e a população reproduz iniquidades e discriminações sem refletir sobre a conotação de seus atos. Nas palavras da autora:

A discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação. Por ser tão comum, a ponto de parecer um fato da vida, natural ou pelo menos imutável, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível⁸⁸.

Neste sentido, o racismo deflagrado contra mulheres negras no âmbito do

⁸⁵ LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana; PEREIRA, Ana Paula e outros. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. Cad. Saúde Pública. 33 Sup 1:e00078816, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>. Acesso em: 04/10/2018, p. 5.

⁸⁶ OEA. CIDH. *Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos em las Américas*. OEA/Ser.L/V/II.164, 2017. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>. Acesso em: 29/03/2018, p. 139.

⁸⁷ CASTRO, Clarisse. Op. Cit., p. 1.

⁸⁸ CRENSHAW, Kimberlé. *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, V. 10, N. 1, pp. 171-188, Jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29/03/2018, p. 176.

sistema de saúde passa muitas vezes a ditar os parâmetros de atendimento, refletindo o panorama político e social do país, estruturado a partir da discriminação racial e calcado sobre o paradigma do racismo institucional. De acordo com a conceituação de Carmichael e Hamilton, apresentada no Dossiê Mulheres Negras formulado pelas organizações Criola e Geledés, o racismo institucional refere-se a um quadro de ineficiência, negligência e insuficiência institucional que tem como base a questão racial⁸⁹. Nos termos do dossiê, trata-se de uma “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”⁹⁰. Neste contexto compreende-se, nos termos propostos por Jurema Werneck, o racismo como fator central para compreensão das iniquidades experienciadas pelos negros no sistema de saúde⁹¹, em especial pelas mulheres negras.

De acordo com o relatório da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, os dados de 2013 do Ministério da Saúde demonstram que a proporção de mulheres negras que tiveram ao menos seis consultas de pré-natal foi de 69,8%, enquanto que entre mulheres brancas foi de 84,9%⁹². Ademais, os dados oficiais demonstram que apenas 27% das mulheres negras tiveram acompanhante no momento do parto, enquanto 46,2% das mulheres brancas tiveram este direito efetivado⁹³, o que evidencia uma vulnerabilidade diferenciada vivenciada por mulheres negras ao buscarem serviços de saúde. Como consequência deste cenário desigual de atendimento, tem-se que atualmente 60% das vítimas de morte materna no país são mulheres negras⁹⁴.

A pesquisa *Nascer no Brasil* também aponta para a impostância da análise da questão racial na esfera de atenção a demandas de saúde. Assim, confirma o anunciado cenário de discriminação em relação à raça e indica que as mulheres

⁸⁹ WERNECK, Jurema e IRACI, Nilza (orgs.). *A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações*. GELEDES, Instituto da Mulher Negra e CRIOLA, Organização de Mulheres Negras. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/dossie-situacao-direitos-humanos-mulheres-negras-brasil-violencias-violacoes/#gs.sf72dww>. Acesso em: 24/07/2017, p. 38.

⁹⁰ Ibid., p. 38.

⁹¹ WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. Saúde Soc. São Paulo, V. 25, N. 3, pp. 535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 04/05/2018, p. 540.

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017, p. 15.

⁹³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 1ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011, p. 51.

⁹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Op. cit., p. 15.

negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado⁹⁵, possuem menor vinculação à maternidade, recebem menos anestesia local diante da realização de procedimentos como a episiotomia, possuem maior chance de nascimento de seus filhos pós termo, isto é, após o termo completo de gravidez considerado entre 39 e 41 semanas e possuem menor efetividade ao direito à presença de acompanhante⁹⁶. O estudo reitera, ainda, que as mulheres negras recebem menos orientação durante o pré-natal sobre o trabalho de parto e complicações possíveis na gravidez, quando comparado com a orientação concedida a mulheres brancas⁹⁷. Este panorama, de concreta disparidade no tratamento concedido às mulheres negras e às brancas revela as bases de uma sociedade calcada da desigualdade racial e proporciona uma abertura diferenciada para desfechos negativos e violência na gravidez vivenciada por mulheres negras. Maria do Carmo Leal e outros versam sobre esta disparidade em razão da raça na atenção à saúde através da pesquisa realizada no âmbito da Fiocruz, concluindo que:

Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas⁹⁸.

Os dados gerais refletem que, apesar de o pré-natal ter sido universalizado no país, a prestação de serviço médico na área da saúde reprodutiva ainda é insuficiente tanto para mulheres negras, quanto para mulheres brancas, mas deixa evidente uma vulnerabilidade diferenciada em relação às mulheres negras, que não pode passar despercebida. Embora existam projetos específicos para a atenção da saúde da população negra, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que pontua a relação existente entre racismo e vulnerabilidade

⁹⁵ Atentou-se à adequação do pré-natal nos termos sugeridos por LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana; PEREIRA, Ana Paula e outros. Veja-se: “para o cálculo da adequação do pré-natal, foi elaborado um indicador de adequação mínima da assistência pré-natal que considerou como assistência pré-natal adequada: início do pré-natal até a 12a semana gestacional; número adequado de consultas para a idade gestacional no parto recomenda- do pelo Ministério da Saúde brasileiro (pelo menos uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no último trimestre); o registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal: glicemia, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia; e o recebimento da orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto. IN: LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana; PEREIRA, Ana Paula e outros. Op. cit., p. 3.

⁹⁶ Ibid., p. 2/3.

⁹⁷ Ibid., p. 2/3.

⁹⁸ Ibid., p. 10.

em saúde, seguindo a esteira do documento Subsídios para a Política Nacional de Saúde da População Negra, que prevê o racismo e a discriminação como fatores determinantes ao adoecimento e morte precoce da população negra⁹⁹, tem-se que o quadro de iniquidades raciais no âmbito da saúde ainda figura como marca central da assistência médica em nosso país.

Jurema Werneck denuncia este panorama, ressaltando a consistência dos dados epidemiológicos segundo critérios raciais para demonstrar o impacto do racismo para a saúde da população negra e demonstrando a cegueira das decisões de gestão e política em saúde para com estes dados. Tais dados organizados de acordo com o critério racial são suficientes para indicar, nas palavras da autora, “a insuficiência das respostas oferecidas pelo poder público para eliminar o gap e contribuir para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra”¹⁰⁰. As ações políticas em saúde, ao deixarem de empreender esforços efetivos para combater a desigualdade e o racismo no âmbito da assistência médica, acabam por perpetuar o quadro de iniquidade vigente, operando nos moldes do racismo institucional que, ainda de acordo com Werneck, performa ou produz um quadro de legitimação de condutas excludentes, ensejando privilégios para alguns e autorizando a violência para outros¹⁰¹, em um contexto em que a desigualdade modela e estrutura as próprias relações de assistência e amparo em saúde.

A temática da desigualdade na seara da saúde merece ser analisada a partir do conceito de interseccionalidade suscitado por Crenshaw, que demonstra que a sobreposição de condições de discriminação torna a violência sofrida por mulheres negras distinta daquela atestada por mulheres brancas. Tratar de forma ambivalente as condições de proteção e promoção da saúde reprodutiva das mulheres negras e das mulheres brancas, das mulheres de baixas classes sociais e das mulheres de altas e médias classes sociais significa invisibilizar uma violação específica dos direitos das mulheres negras de baixas classes sociais. Nos termos delineados por Crenshaw, “o tratamento simultâneo das várias ‘diferenças’ que caracterizam os problemas e dificuldades de diferentes grupos de mulheres pode

⁹⁹ WENECK, Jurema. Op. cit., p. 538.

¹⁰⁰ Ibid., p. 541.

¹⁰¹ Ibid., p. 542.

operar no sentido de obscurecer ou de negar a proteção aos direitos humanos que todas as mulheres deveriam ter”¹⁰².

Deste modo, para se compreender o acesso à saúde reprodutiva das mulheres de forma ampla, deve-se colocar em destaque a análise das implicações de raça e de classe presentes na abordagem. Um estudo interseccional, nos termos propostos por Crenshaw, deve buscar capturar as consequências estruturais e dinâmicas presentes na interação entre dois ou mais eixos de subordinação¹⁰³. O conceito se propõe a identificar as formas diferenciais de opressão verificadas a partir da conjugação de fatores como o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classes, dentre outros sistemas de desigualdade¹⁰⁴. A análise das problemáticas a partir de apenas um dos sistemas de opressão presentes gera uma visão parcial da questão, mascarando sua raiz e suas consequências.

A autora chama atenção para os fenômenos da ‘superinclusão’ e da ‘subinclusão’. O primeiro é evidenciado quando uma questão é vivenciada inteira ou majoritariamente por um subgrupo de mulheres e é definida como um problema de mulheres em geral¹⁰⁵. O segundo, paralelo ao primeiro, é atestado quando um subconjunto de mulheres enfrenta um problema, em parte por serem mulheres e em outra pela presença de outros fatores de exclusão, e este problema não é classificado como um problema de gênero porque não é partilhado pelas mulheres de grupos dominantes. A ‘subinclusão’ também pode ocorrer quando dentro de um grupo étnico ou racial existirem distinções de gênero. Nesta esteira, a questão enfrentada pelas mulheres provavelmente será classificada como uma questão de gênero, mas não como uma questão racial¹⁰⁶. Em ambos os casos, a consequência é a invisibilização de aspectos essenciais da abordagem.

Como exemplo de ‘subinclusão’, Crenshaw aponta a esterilização forçada levada a cabo em desfavor de mulheres marginalizadas, apresentada enquanto pauta de gênero, mas muitas vezes silente em relação à raça, engrenagem esta essencial à referida prática de violência. O exemplo pode ser estendido às mulheres vítimas de mortalidade materna ou violência no âmbito do sistema de saúde, dentre outras formas de violações de direitos sexuais e reprodutivos, muitas

¹⁰² CRENSHAW, Kimberlé. *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Op. cit., p. 173.

¹⁰³ Ibid., p. 177.

¹⁰⁴ Ibid., p. 177.

¹⁰⁵ Ibid. p. 174.

¹⁰⁶ Ibid. p. 175.

vezes suscitadas enquanto temáticas de gênero mas que, por apresentarem a questão racial em sua própria constituição, devem ser apreendidas enquanto temas que se constituem a partir da imbricação dos eixos de gênero, raça e classe.

Patricia Hill Collins concede olhar diferenciado à pauta em análise, compreendendo as categorias de raça, classe e gênero enquanto estruturas de opressão distintas, porém imbricadas, que devem ser consideradas nas análises das formas constituintes de violência ou opressão. A autora propõe a superação de análises somatórias de opressões, indicando que pensamentos dicotômicos permitem apenas uma visão parcial dos contextos de opressão, classificando necessariamente os sujeitos nos papéis de opressor ou oprimido, e impossibilitando uma compreensão ampla, na qual cada sujeito pode, simultaneamente, apresentar-se tanto como oprimido, quanto como opressor. As análises dicotômicas acabam, na esteira sugerida por Collins, a levar à hierarquização da opressão, baseando-se em uma premissa equivocada que rotula, quantifica e compara as formas de opressão vivenciadas por distintos grupos¹⁰⁷.

Nesta perspectiva, a autora revela a compreensão segundo a qual todas as formas de relação são constituídas a partir das categorias de raça, classe e gênero, sendo as opressões evidenciadas em cada um destes eixos fundante de uma estrutura central que permitirá forjar todas as relações e formas de constituições sociais, operando a partir de impactos diferenciados em cada vivência e abordagem¹⁰⁸. Patricia Hill Collins e Sirma Bilge suscitam também a importância da interseccionalidade, verificada enquanto uma lente de análise capaz de trazer contornos e significados relevantes para as abordagens sobre opressão. Nos termos propostos pelas autoras, a interseccionalidade pode ser compreendida como uma forma de entender e analisar a complexidade atestada no mundo, nas pessoas e nas experiências humanas. Para as autoras, as condições da vida social e política não podem ser entendidas a partir da formação de um único fator, sendo geradas por muitos eixos que se influenciam mutuamente¹⁰⁹. Nestes termos, a

¹⁰⁷ HILL COLLINS, Patricia. *Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão*. IN: MORENO, Renata (org.). *Reflexões e práticas de transformação feminista*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2015. Disponível em: <http://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2016/01/reflex%C3%B5espraticasdetransforma%C3%A7%C3%A3ofeminista.pdf>. Acesso em: 20/07/2018, p. 16 e 17.

¹⁰⁸ Ibid, p. 17.

¹⁰⁹ HILL COLLINS, Patricia e BILGE, Sirma. *Intersectionality*. Cambridge: Polity Press, 2016, p. 29.

interseccionalidade é identificada como ferramenta analítica que permite tentar compreender como diferentes eixos de poder moldam diversas experiências da vida social. As autoras chamam atenção para a organização do poder estrutural, disciplinar, cultural e interpessoal, indicando como cada um deles ajuda a compreender as análises sociais, que na maioria das vezes é marcada pela presença de mais de um domínio de poder ao mesmo tempo¹¹⁰.

A partir destas diretrizes, busca-se compreender a temática da saúde sexual e reprodutiva tendo como lente as categorias de raça, classe, gênero, sexualidade, dentre outras, por meio de uma análise entrelaçada¹¹¹. Nas palavras de Collins, questiona-se “como raça, classe e gênero funcionam como sistemas paralelos e imbricados que moldam essa mesma relação básica de dominação e subordinação?”¹¹². Para tanto, rechaça-se, como apontado acima, o pensamento dicotômico baseado na separação estrita entre branco/negro, homem/mulher, pensamento/sentimento, dentre outros que integram uma análise bifurcada em aparentes antíteses. Collins pondera a existência de identidades específicas de raça/gênero/classe em cada indivíduo e suscita as formas através das quais tais categorias poderão ser analisadas a partir de um diálogo, de uma interação¹¹³, firmando como base uma análise conjugada entre todas as condições que interferem nas desigualdades sociais e indo além de um olhar que leve em conta apenas um eixo de poder e desigualdade.

Nestes termos, volta-se à temática dos direitos sexuais e reprodutivos construindo sua abordagem a partir dos diversos eixos que a permeiam, buscando compreendê-la a partir, sobretudo, dos eixos de raça e classe e abrindo espaço para um estudo que possibilite outros eixos e caracteres. Assim, suscita-se o conceito de “hierarquias reprodutivas” formulado por Laura Mattar e Simone Diniz, que refere-se à aceitação social da maternidade e à garantia de direitos humanos às mulheres em função da análise de aspectos concretos que marcam suas identidades. Dentre estes aspectos as autoras destacam as já mencionadas categorias de raça e classe, além de idade e parceria sexual para identificar o status de subalternidade que pode ser associado às maternidades desvalorizadas¹¹⁴,

¹¹⁰ Ibid, p. 26.

¹¹¹ HILL COLLINS, Patricia. Op. cit., p. 30.

¹¹² Ibid., p. 19.

¹¹³ HILL COLLINS, Patricia e BILGE, Sirma. Op. cit., p. 28.

¹¹⁴ MATTAR, Laura e DINIZ, Simone. Op. cit., p. 114/115.

maternidades estas que poderiam conviver com a aceitação à não incidência das normas protetivas de direitos humanos. Sugerem as autoras que quanto mais eixos de opressão interrelacionarem-se em função da maternidade, maior será a abertura para a desqualificação da maternidade e maior será a tolerância à não incidência das normas e diretrizes humanísticas firmadas no plano abstrato.

O olhar à maternidade a partir da lente da desigualdade permite analisar como cada experiência concreta é alterada por meio da incidência de múltiplos fatores sociais e políticos, que se encontram diretamente associados à própria vivência dos contornos da maternidade, sua concepção prazerosa e amparada por cuidados e normas firmadas abstratamente ou, por outro lado, calcada em práticas de violência e discriminação, distante da proteção formal que, em tese, seria a ela direcionada. Considerar a vivência desigual da maternidade, sua tolerância a práticas violentas e à não incidência consentida das diretrizes formais conquistadas após intensa mobilização e articulação política e jurídica leva-nos a questionar o próprio valor das conquistas formais e os significados reais associados ao corpo e à autonomia das mulheres, contrastando opressões e violências que tomam formas específicas diante de corpos e existências específicas.

Frente ao anunciado contexto de abertura à violência e tolerância política para com a submissão das mulheres a práticas degradantes diante da reivindicação de direitos sexuais e reprodutivos, apreende-se que a violação de tais direitos está longe de figurar como exceção. A subversão das normas edificadas no campo dos direitos humanos sugere questionamentos acerca da importância efetiva destas normas e do sujeito a qual elas são endereçadas. São elas firmadas de modo a serem efetivadas e é possível a cobrança de sua efetivação? Estes questionamentos, suscitados a partir do cenário de descrença da estrutura normativa positiva, serão enfrentados a partir da perspectiva dos paradoxos dos direitos humanos e de um olhar crítico que suscite seus limites e potencialidades.

2.3.

Insuficiência e limitação das normas abstratas de direitos humanos

Atesta-se, nos termos apresentados, que os avanços verificados no âmbito formal dos direitos humanos acabam não encontrando correspondência prática na

vida das mulheres que demandam assistência médica. Os pleitos por direitos sexuais e reprodutivos continuam marcados por um cenário de reiterada violência. As mulheres concretas vítimas de discriminação, violência e morte no sistema de saúde parecem não alcançar a titularidade do direito que no plano abstrato é a elas direcionado. Afinal, a quem beneficia a conceituação dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos? Frente à inobservância prática do arcabouço positivo questiona-se seu papel e a real implicação de sua violação.

Nesse panorama, resgata-se o pensamento de Costas Douzinas, autor que apresenta a temática dos direitos humanos a partir de seus paradoxos, suscitando o potencial crítico e emancipatório destes direitos e, paralelamente, sua possível captura e esvaziamento. Como identificado por Douzinas, os direitos humanos, que são inicialmente reivindicados enquanto elemento de crítica e de valorização do ser humano, estando atrelados ao marco do direito natural e à abertura do sistema jurídico para a transcendência e a moralidade, ao serem intensamente positivados passam a servir como base para sustentar a ordem dos Estados e de Organizações Internacionais e a legitimar as formas de poder existente¹¹⁵.

Apresentando-se a partir de uma fissura, que encontra de um lado a proteção do indivíduo à opressão estatal e um espírito de resistência e utopia, e de outro a legitimação de desejos individuais e projetos de dominação, os direitos humanos encontram-se estruturados a partir de diversos paradoxos¹¹⁶. Dentre eles, merece especial atenção à presente análise o que diz respeito a sua abstração.

O discurso abstrato dos direitos humanos os torna capaz de legitimar toda e qualquer demanda e sofrer com o esvaziamento de seus significados. Desta forma, tem-se que a partir de uma linguagem abstrata e genérica os direitos humanos podem ser utilizados para proporcionar a institucionalização de desejos individuais e cancelar aspirações políticas e sociais antagônicas, concedendo legitimidade moral a projetos que possam importar tanto proteção, quando dominação para os indivíduos¹¹⁷. Nas palavras de Douzinas tem-se que “ao potencialmente justificar tudo, os direitos humanos acabam justificando nada”¹¹⁸.

Este esvaziamento provocado pela abstração e generalidade da linguagem dos direitos humanos reverbera diretamente na aceitação da violação de suas

¹¹⁵ DOUZINAS, Costas. *O fim dos direitos humanos*. São Leopoldo: Unisinos, 2009, p. 252.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 38 e 15.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 259.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 259.

diretrizes. Ao concederem roupagem jurídica a ações políticas de dominação e distanciarem-se das diretrizes de proteção e transformação presentes em sua constituição, tais direitos tem suas bases enfraquecidas. A perda de seu sentido inicial e a abertura, como apontado, a sustentação de todo e qualquer pleito político acabam por criar um cenário de aceitação à sua não efetividade.

A abstração atestada no cerne dos direitos humanos recai, também, sobre o sujeitos de suas normas. A natureza abstrata do sujeito dos direitos humanos recebeu críticas de autores como Burke e Marx, que são retomadas por Douzinas. Neste contexto, a concretude do sujeito e sua constituição a partir de eixos como gênero, raça, classe e sexualidade dão lugar a uma criação genérica e abstrata. Como indica Douzinas, “todas as determinações humanas reais são sacrificadas no altar do homem abstrato, sem história nem contexto”¹¹⁹. Assim, os direitos humanos, através da associação ao ideal abstrato e universal da lei, transformam pessoas concretas em sujeitos jurídicos genéricos e afastam-se das demandas de indivíduos encarnados¹²⁰. Nos dizeres de Douzinas:

A irrealidade ontológica do homem abstrato dos direitos conduz inexoravelmente à sua utilidade limitada. Direitos abstratos são, assim, retirados de seu lugar de aplicação e das circunstâncias concretas das pessoas que sofrem e se ressentem de que eles não conseguem corresponder a suas reais necessidades.¹²¹

Apreende-se, nestes termos, que a abstração calcada no cerne dos direitos humanos os impede de alcançar as múltiplas formas de constituição dos sujeitos, o que enseja a restrição de sua aplicação e utilidade. Ao não reverberarem a complexa formação política dos sujeitos concretos os direitos humanos acabam por distanciarem-se das demandas reais de sofrimento e opressão. Neste espectro, verifica-se que a mistificação criada a partir do sujeito abstrato acaba por conferir legitimação a demandas de indivíduos específicos – em geral homens, brancos, de altas classes sociais – e a cancelar para todos os demais violações de direitos não como exceção, mas como parâmetro social e existencial.

A universalidade e a abstração, assim, ganham forma concreta e ensejam proteção a sujeitos específicos. Como afirma Douzinas, “direitos não são universais nem absolutos; eles não pertencem a homens abstratos, mas a pessoas

¹¹⁹ Ibid, p. 171.

¹²⁰ Ibid, p. 246.

¹²¹ Ibid, p. 166.

determinadas em sociedades concretas com sua ‘infinita modificação’ de circunstâncias, tradição e prerrogativa legal”¹²². Nesta análise compreende-se, conforme sugerido por Leticia Paes em sua leitura de Douzinas, o caráter dissimulado da retórica universal dos direitos humanos e o enorme abismo existente entre o sujeito abstrato e os reais beneficiários de suas normas¹²³. A roupagem genérica dos direitos humanos é, então, moldada de modo a legitimar proteção e realização de direitos apenas àqueles capazes de corporificar a humanidade que, no plano teórico, é concebida enquanto atributo de todos.

Neste sentido, versando sobre a intrínseca imbricação existente entre o sujeito jurídico e a lei, Douzinas sugere que a humanidade nunca pode ser totalmente garantida a todos, sendo o seu reconhecimento não uma questão de seres humanos possuírem direitos mas, ao contrário, de que os direitos constroem o próprio humano. Assim, atesta-se a formação de seres mais ou menos humanos a partir da distribuição vigiada dos direitos¹²⁴. Douzinas propõe que os direitos humanos pertencem a idealização de uma humanidade hierarquizada, em um contexto em que o controle da humanidade inclui, nas palavras do autor, “ a capacidade de redefinir quem ou o quê conta como ser humano, e até mesmo sua destruição”¹²⁵. Nesta concepção verifica-se que os paradoxos dos direitos humanos encontram-se intimamente relacionados com a própria constituição do sujeito jurídico e do que pode ser considerado como humano e, neste campo, resgata-se o pensamento de Judith Butler, que versa sobre o papel dos esquemas normativos na constituição do sujeito e que questiona as formas através das quais a vida e o humano são capazes de ser apreendidos.

Nos termos delineados por Butler, a nomeação do *ser* do sujeito depende de normas que facilitem este reconhecimento. Sendo o sujeito constituído a partir das normas através das quais a vida é reconhecida ele é passível de ser identificado enquanto sujeito e sua vida é passível de ser identificada enquanto vida. Em contrapartida, nas palavras da autora, “há ‘sujeitos’ que não são

¹²² Ibid, p. 113.

¹²³ PAES, Leticia. *A política dos direitos humanos: entre paradoxos e perspectivas*. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação de mestrado: PUC-Rio, p. 53.

¹²⁴ DOUZINAS, Costas. *O fim dos direitos humanos*. Op. cit., p. 376.

¹²⁵ DOUZINAS, Costas. *Quem são os humanos dos direitos humanos?* Projeto Revoluções, realização do ITS BRASIL, Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República, SESC-SP e Boitempo Editorial, 2011. Disponível em: http://revolucoes.org.br/v1/sites/default/files/quem_sao_os_humanos_dos_direitos.pdf. Acesso em: 02/04/2018, p. 6.

exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor, nunca – serão reconhecidas como vidas”¹²⁶. Assim, é possível a identificação de figuras vivas que, por situarem-se fora do enquadramento fornecido pela norma hegemônica, não são reconhecidas como vidas¹²⁷.

O arcabouço positivo existente no âmbito dos direitos humanos reprodutivos acaba, nesta perspectiva, figurando muitas vezes apenas a partir do plano simbólico. Deste modo, ele pode ser visualizado como um conjunto de enunciados vazios, que não encontram correspondência prática e que figuram como elemento de despolitização de demandas e de exoneração de responsabilidade estatal. As mulheres concretas vítimas de violência no sistema de saúde não alcançam a titularidade do direito que, no plano abstrato, é a elas direcionado já que, muitas vezes, encontram-se fora das molduras que ensejam a efetividade e a proteção das normas positivas.

Depara-se, assim, com os questionamentos formulados por Butler acerca de quem conta como humano e de que vida conta como vida¹²⁸. A autora versa sobre humanos não humanos e, ainda, identifica que o reconhecimento do humano está constituído em si na exclusão de todos aqueles que escapam à normativa humana. Nas suas palavras:

Me refiro não apenas aos seres humanos que, em certa medida, não são humanos, mas também à concepção de humano que está baseada na exclusão destes. Não é assunto de uma simples inclusão do excluído dentro de uma ontologia estabelecida, mas de uma insurreição ao nível da ontologia, de uma abertura crítica das perguntas sobre o que é real, sobre quais vidas são reais, sobre como se poderá refazer a realidade¹²⁹.

Deste modo, ao atestar-se o plano fático enquanto subversão da estrutura protetora formalmente estabelecida, coloca-se em xeque os direitos reprodutivos das mulheres e evidencia-se um limite ínsito ao sujeito de direito, sujeito este que no plano formal não parece abalar-se com o cenário de violações silenciadas de direitos humanos vivenciadas pelos *não sujeitos*. Nesta perspectiva, tem-se que a limitação da incidência dos direitos reprodutivos às vidas que enquadram-se no

¹²⁶ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Tradução de Sérgio Lamarão e Arnaldo Cunha, 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017, p. 17.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 22.

¹²⁸ BUTLER, Judith. *Violência, luto y política*. Iconos. Revista de Ciencias Sociales, N. 17, pp. 82-99, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito, 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50901711>. Acesso em 29/03/2018, p. 2.

¹²⁹ *Ibid.*, p. 10. Tradução livre do espanhol.

esquema normativo de *vida* e que a qualificação dos direitos reprodutivos enquanto humanos apenas a partir da positivação jurídica e de constituições abstratas e genéricas parece tão somente encobrir as violências vivenciadas na prática a partir de um discurso vazio e apaziguador.

Assim, questiona-se o direcionamento e o potencial de aplicação das normas edificadas no campo da saúde às mulheres concretas que demandam atenção: são elas reais? São elas sujeitos dos direitos formulados abstratamente? Para ilustrar esta formulação, que será retomada no terceiro capítulo, passar-se-á a análise de uma forma específica de violência verificada no campo dos direitos sexuais e reprodutivos: a mortalidade materna, que é suscitada enquanto violência de gênero e é identificada enquanto importante indicador das condições de vida das mulheres, evidenciando o nível da assistência à saúde a elas oferecido.

3.

Mortalidade materna e saúde da mulher

A mortalidade materna é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após o final da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas derivadas dela, porém não consideradas causas acidentais ou incidentais¹³⁰. Nos termos firmados pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) os índices de morte materna funcionam como um indicador do status da mulher, evidenciando o nível da assistência à saúde a ela oferecido. Veja-se:

A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico.¹³¹

Em uma dimensão mais ampla, a mortalidade materna tem sido identificada como o melhor indicador de saúde da população feminina e como parâmetro para atestar seu status social e econômico¹³². No contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, tem sido delineada enquanto um indicador de desenvolvimento social, servindo para analisar desigualdades e iniquidades no acesso à saúde sexual e reprodutiva e registrando disparidades intensas entre países do norte e do sul global e entre grupos e estratos sociais¹³³.

¹³⁰ OMS. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a edição. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em Português.

¹³¹ OMS. *Maternal Health and Safe Motherhood Programme Unicef. Revised 1990 estimates of maternal mortality*. Genebra, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63597>. Acesso em: 04/12/2017, p. 2. Tradução livre do inglês.

¹³² VIANA, Rosane; NOVAES, Maria Rita e CALDERON, Iracema. *Mortalidade materna – uma abordagem atualizada*. Com. Ciências Saúde, 22 (sup. esp. 1):141-152, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 29/03/2018, p. 142.

¹³³ SOUZA, João Paulo. *Mortalidade maternal e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030)*. Rev Bras Ginecol Obstet, 37(12): 549-551, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso em: 29/03/2018,

A mortalidade materna, que possui em seu entorno um véu que imprime falaciosa naturalidade, é uma das principais causas de morte prematura em países considerados em desenvolvimento e condensa, em seu âmago, diversas violações de direitos humanos em um contexto de violência e negligência estatal, que recai sobretudo sobre mulheres pobres, menos escolarizadas e negras¹³⁴. Nestes termos, pode ser identificada, como sugere o relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos, como “um indicador que revela as desigualdades sociais, regionais e raciais no Brasil”¹³⁵, sendo ainda um fator que denuncia a falta de igualdade de gênero e escancara a eficiência ou não das políticas públicas desenvolvidas para efetivação dos direitos das mulheres.

Estudos são categóricos ao afirmarem que mais de 90% dos óbitos maternos são evitáveis e apontam a necessidade de comprometimento político, social e econômico com a saúde e de dedicação de esforços para a redução das desigualdades existentes entre as mulheres para o enfrentamento da temática¹³⁶. A Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada para investigar os altos índices de morte materna no país apontam uma estatística ainda mais elevada, indicando que 98% das mortes maternas poderiam ser evitadas¹³⁷.

A partir destas bases e da condição de evitabilidade da quase totalidade dos casos de morte materna, tem-se que esta pode ser identificada como consequência de um sistema de saúde reprodutivo negligente, que opera a partir do consentimento da violação de direitos e da retirada de vidas. Nos termos propostos por Carmen Hein de Campos, “apenas uma morte materna de causa evitável evidencia uma negligência absoluta e injustificável do Estado para com a saúde e a vida das mulheres. Revela ainda, que as medidas tomadas para prevenir a mortalidade materna não estão surtindo os efeitos necessários”¹³⁸.

p. 549; ADVOCACI. *Mortalidade Materna e Direitos Humanos: As mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável*. Edições Advocaci. Rio de Janeiro, 2005, p. 25; CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 73.

¹³⁴ CLADEM. *Amicus Curiae*. Comunicação ao comitê sobre a eliminação da discriminação contra a mulher no Caso Alyne Pimentel. Disponível em: <https://www.womenslinkworldwide.org/en/files/1208/amicus-curiae-only-in-portuguese.pdf>. Acesso em: 03/06/2018, p. 5.

¹³⁵ ADVOCACI. Op. cit., p. 49.

¹³⁶ VIANA, Rosane; NOVAES, Maria Rita e CALDERON, Iracema. Op. cit., p. 141 e 142; SOUZA, João Paulo. Op. cit., p. 550.

¹³⁷ BRASIL. *Comissão Parlamentar de Inquérito Mortalidade Materna*. Relatora Dep. Elcione Barbalho, 2001, p. 101.

¹³⁸ CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 74.

O cenário nacional de produção de mortes evitáveis coloca em xeque os compromissos firmados no pacto democrático e em documentos internacionais que garantem o direito à vida das mulheres e revela, através da tolerância e da negligência, um pano de fundo patriarcal, que convive com mortes de mulheres em razão da gravidez – evento apenas por estas vivenciado – sem a adoção de esforços e políticas eficazes para sua prevenção. Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa *Nascer no Brasil*, aponta, neste sentido, a radicalidade dos altos índices de morte materna atestados atualmente em nosso país, índices estes que serão explorados em tópico seguinte, suscitando a relação intrínseca entre estas mortes e a conjuntura machista de nossa sociedade, que forja a desvalorização e a falta de cuidado para com a saúde e a vida das mulheres¹³⁹.

Para além das mortes conceituadas como maternas, temos ainda altos índices de mulheres que passam por graves complicações no momento da gestação, parto, puerpério ou situação de abortamento e que em razão destas quase vêm à óbito. Em razão da existência de muitos aspectos em comum entre as mulheres que sobrevivem a estas complicações e aquelas que acabam morrendo a OMS criou o conceito de “near miss materno”, que revela “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”¹⁴⁰. O “near miss materno” provoca consequências graves para as mulheres, podendo impactar em sua qualidade de vida. Da mesma forma, a morte materna também provoca sequelas que operam para além da vida perdida, estendendo-se à família e, principalmente, ao filho oriundo da gestação associada à morte. Estudos apontam que o bebê que sobrevive à morte materna passa a ter risco de 3 a 10 vezes maior de falecer antes de completar dois anos de idade, o que evidencia uma relação em potencial entre a mortalidade materna e a mortalidade infantil¹⁴¹, refletindo a relevância deste fenômeno para direitos das mulheres e, também, das crianças.

¹³⁹ LEAL, Maria do Carmo; CARVALHO, Marília; LIMA, Luciana. *Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal*. Cad. Saúde Pública, 34(8):e00105018, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00105018.pdf>. Acesso em: 01/11/2018, p. 4.

¹⁴⁰ FIOCRUZ. Op. cit., p. 6.

¹⁴¹ PEREIRA, Letícia Magalhães. *Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero*. Saúde e transformação social, V. 6, N. 1, p. 70-78. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3144/4448>. Acesso em: 12/12.2018, p. 71.

3.1.

Olhar a partir dos direitos humanos à morte materna

Imperioso analisar o evento da morte materna a partir da lente dos direitos humanos, compreendendo sua magnitude e sua inevitabilidade como condições que impõem um cenário de reiterada e múltipla violação de direitos humanos às mulheres. O Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas reconhecem, neste sentido, a mortalidade materna evitável como uma questão de direitos humanos¹⁴², o que levou as autoras Alicia Yamin e Deborah Maine a cunharem o direito de viver livre de morte materna evitável, que veio a ser incorporado à gramática dos direitos humanos, sendo utilizado por Rebecca Cook, pelo Relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos e outros documentos¹⁴³. Ao compreender a morte materna pelo prisma dos direitos humanos concede-se luz às iniquidades por ela reveladas. Como sugere Cook, a partir da análise de mortes evitáveis mas não evitadas se atenta às desigualdades em saúde¹⁴⁴.

A abordagem a partir dos direitos humanos, cumpre salientar, precisa ser permeada pela concretude das mulheres que efetivamente figuram como vítimas de violência e morte no âmbito do sistema de saúde. Suscitar os direitos humanos significa, nestes termos, buscar a efetividade de suas diretrizes diante de mulheres concretas, que enquanto não moldarem a própria estrutura do sujeito das normas humanísticas não encontrarão nos direitos humanos a resposta à violência a que são submetidas. A compreensão a partir dos direitos humanos se faz, nestes termos, ancorada nas opressões de raça, de classe e de gênero, que imbricam-se constituindo um cenário de produção e aceitação da violência, no qual as diretrizes humanísticas apenas concederão respostas a partir da experiência e da vivência atestadas na prática. Tal análise precisa, como sugere Laura Cecilia López, entrecruzar direitos humanos sexuais e reprodutivos e morte materna a partir de constructos políticos e sociais e da corporificação de experiências e exigências de gênero e raça. Nas palavras da autora isto significa:

¹⁴² MELLO, Maria Elvira e GALLI, Maria Beatriz. *Mortalidade Materna e Aborto Inseguro: uma questão de direitos humanos das mulheres*. IPAS BRASIL, 2009. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/660_781_mortalidadematernadh.pdf Acesso em: 14/12/2018, p. 1.

¹⁴³ COOK, Rebecca. Op. cit., p. 17; ADVOCACI. Op. cit., p. 85; CLADEM. Op. cit., p. 16.

¹⁴⁴ COOK, Rebecca. Op. cit., p. 4.

(C)olocar a mortalidade materna no entrecruzamento de pauta de movimentos sociais, de políticas públicas e de discussões sobre direitos humanos, considerando as noções em disputa de corpo, saúde e direitos. Nesse sentido, o olhar da interseccionalidade como experiência corporificada de gênero e raça¹⁴⁵.

No contexto do direito internacional dos direitos humanos, duas decisões merecem destaque acerca da temática do óbito materno. A primeira foi proferida pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) no Caso Comunidade Indígena Kákmok Kásek vs. Paraguai, em 24 de agosto de 2010. A demanda, que versa sobre a responsabilidade do Estado paraguaio por violação ao direito à propriedade ancestral da comunidade Kákmok Kásek e seus membros, também abordou a morte materna de Remigia Ruiz, membra da comunidade indígena, que faleceu durante o parto por não ter recebido atenção médica adequada, em situação de extrema pobreza. Nesta oportunidade, a Corte IDH teceu algumas considerações sobre a mortalidade materna, indicando que os Estados devem adotar políticas de saúde adequadas que ofereçam assistência aos nascimentos e possibilitem a prevenção da mortalidade materna por meio de assistência pré-natal e pós-parto de qualidade, e instrumentos legais e administrativos que permitam registrar adequadamente as mortes maternas. Indicou ainda que as mulheres grávidas requerem medidas de especial proteção¹⁴⁶.

A segunda decisão, de expressiva importância no cenário internacional, que será analisada de forma específica no tópico 3.4, refere-se ao Caso Alyne Pimentel vs. Brasil, que tramitou perante o Comitê CEDAW, sendo o primeiro precedente sobre morte materna do Sistema ONU. Nesta oportunidade, o Comitê reconheceu, no ano de 2011, a responsabilidade internacional do Brasil pela morte de Alyne e proferiu recomendações ressaltando o dever do país de assegurar o direito das mulheres à maternidade segura, efetivar o acesso à assistência obstétrica emergencial adequada e reduzir o número de mortes maternas¹⁴⁷.

¹⁴⁵ LÓPEZ, Laura Cecília. *Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça*. TOMO, n. 28, jan/jun 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/viewFile/5424/4447>. Acesso em: 16/01/2019, p. 135.

¹⁴⁶ OEA. Corte IDH. *Caso Comunidade Indígena Kákmok Kásek vs. Paraguai*. 24 de agosto de 2010, pars. 232, 233 e 234.

¹⁴⁷ ONU. Comitê CEDAW. *Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil*. Comunicação n. 17/2008. 49 Períodos de Sessões, 11 a 29 de julho de 2011, Recomendações.

Atentando à qualificação da mortalidade materna enquanto indicador de não-proteção e não-efetivação dos direitos das mulheres¹⁴⁸, as Metas de Desenvolvimento do Milênio promovidas pela ONU e adotadas pelos Estados em 2000 traçaram dois objetivos relacionados à saúde reprodutiva e ao tema da morte materna, a serem alcançados pelos Estados até o ano de 2015. São eles: (i) a redução da taxa de mortalidade materna verificada em 1990 em 75% e (ii) a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva¹⁴⁹, metas estas que, apesar dos avanços, a serem destrinchados nos tópicos seguintes, não foram alcançadas.

Considerando a necessidade de esforços significativos ainda serem adotados, já que a razão de morte materna global ainda é inaceitável, com cerca de 280 mil mortes maternas por ano ao redor do mundo¹⁵⁰, e tendo em vista o não alcance das metas estipuladas para 2015, as Nações Unidas lançaram os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a serem adotados entre os anos de 2016 e 2030, incluindo esforço para assegurar vidas saudáveis e promover bem estar, com a redução da razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes para cada 100.000 nascidos vivos e, no caso do Brasil, para 30 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos¹⁵¹.

As metas previstas pelas Nações Unidas representam a consolidação de recomendações firmadas no âmbito do direito internacional dos direitos humanos. Com efeito, além dos documentos gerais voltados à saúde da mulher, analisados no primeiro capítulo, verifica-se a existência de documentos e eventos específicos que versam sobre a temática da mortalidade materna. Neste sentido, suscita-se a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco, realizada em 1987 em Nairóbi, Quênia, que delineou a mortalidade materna como uma meta global de saúde pública¹⁵², e a XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington em 1990, que promoveu a aprovação do Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna na Região das Américas, com efeitos nas

¹⁴⁸ UNFPA. Op. cit., p. 10.

¹⁴⁹ ONU. *Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015*. Disponível em: <http://goo.gl/oQAUz5>. Acesso em: 24/07/2017, Objetivo n. 5.

¹⁵⁰ SOUZA, João Paulo. Op. cit., p. 549.

¹⁵¹ ONU. *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Objetivos e metas de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 08/01/2019; SOUZA, João Paulo. Op. cit., p. 550.

¹⁵² ONU. *Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference*. Nairobi, Kenya, 1987. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62871>. Acesso em: 02/10/2018; COOK, Rebecca. Op. Cit., p. 2.

políticas públicas e nas ações legislativos sobre saúde sexual e reprodutiva¹⁵³. Ressaltam-se também pronunciamentos do Comitê CEDAW, do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Comitê DESC) e do Conselho de Direitos Humanos da ONU, expressando preocupação com a situação referente à mortalidade materna no Brasil e com as mortes em razão de aborto ilegal¹⁵⁴.

De modo a cumprir as recomendações propostas pelos órgãos internacionais diversas medidas foram adotadas pelo Brasil. Mas fato é que as mortes maternas continuam presentes, e em números inaceitáveis. Para compreender este fenômeno se faz necessário dimensionar sua magnitude. Passar-se-á, neste sentido, a atentar ao panorama geral do Brasil e, especificamente, da cidade do Rio de Janeiro no tocante às taxas de mortalidade materna.

3.2.

Cenário da morte materna no Brasil e no Rio de Janeiro

O movimento global desencadeado pelas Metas da ONU ensejou progressos e estima-se que entre 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas ao redor do mundo¹⁵⁵. Para a OMS, considera-se aceitável a razão de 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos; média a razão de 20 a 49 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos; alta a razão de 50 a 149 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos e muito alta a razão acima de 150¹⁵⁶. Em 2015, foi constatada pela ONU razão de morte materna global de 216 por 100.000 nascidos vivos e no Brasil de 44 por 100.000 nascidos vivos¹⁵⁷.

Embora o Brasil tenha diminuído o índice de mortalidade materna, não alcançou a Meta de Desenvolvimento do Milênio estipulada pela ONU referente à

¹⁵³ LÓPEZ, Laura Cecília. Op. cit., p. 145.

¹⁵⁴ ONU. Comitê DESC. *Observações Finais: Brasil*. U.N. Doc. E/C.12/1/Add.87, 2003, par. 62; Comitê CEDAW. *Observações Finais: Brasil*. U.N. Doc. CEDAW/C/BRA/CO/6, 2007, par. 29.

¹⁵⁵ SOUZA, João Paulo. Op. cit., p. 549.

¹⁵⁶ WHO. World Health Organization. *World Health Statistics Annual 1989, 1990, 1991*. IN: FERNANDES, Beatriz; NUNES, Flávia e outras. *Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio*. Revista Gaúcha de Enfermagem. 36(esp), pp. 192-199, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0192.pdf>. Acesso em: 21/01/2019, p. 194.

¹⁵⁷ WHO. *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*. Estimaciones de la OMS, UNICEF, Banco Mundial, División de População das Nações Unidas. Sinopsis. WHO/RHR/15.23, 2015. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>. Acesso em 24/07/2017, p. 5.

temática. Em 1990 foram registradas no país 3.800 mortes maternas e em 2015 este número caiu para 1.300. De 104 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, passou-se, em 2015, para 44 mortes para cada 100.000 nascidos vivos¹⁵⁸. A redução alcançada foi de 52% – e não de 75%, conforme esperado pelas Nações Unidas – com velocidade média anual de queda de 4%¹⁵⁹.

Cumprido salientar que um dos grandes desafios referentes à diminuição da mortalidade materna refere-se à identificação de sua real magnitude¹⁶⁰. São muitos os casos de sub-registros, fazendo com que se tenha uma grande cifra oculta acerca do tema. Estima-se que o sistema de dados sobre mortalidade materna do Ministério da Saúde tenha cobertura de apenas de 85% dos óbitos ocorridos no país¹⁶¹, havendo especial dificuldade de apurar os óbitos maternos verificados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e nas áreas rurais¹⁶².

A partir da análise dos índices de morte materna brasileiros atesta-se que a situação nacional encontra-se muito aquém do esperado. Em 2030, se a nova meta estipulada pela ONU for alcançada, com a consolidação de efetivo compromisso político e a adoção de ações concretas para a saúde da mulher, ainda assim, chegando a 30 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, o Brasil ainda terá nível médio de morte materna, seguindo o parâmetro adotado pela OMS.

Apesar de o número total de mortes maternas ter diminuído nos últimos anos, foi constatado no país um crescimento de mortes maternas dentre as mulheres negras. Segundo matéria veiculada pelo sítio eletrônico da Câmara dos Deputados, “o número de mortes maternas provocadas por intercorrências vem diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. De 2000 pra 2012 as mortes por hemorragia entre mulheres brancas caíram de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre mulheres negras aumentou de 190 para 202.

¹⁵⁸ WHO. *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*. Op. cit., p. 5.

¹⁵⁹ MORSE, Marcia, FONSECA, Sandra e outras. *Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?* Cad. Saúde Pública, 27(4): 623-638. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2011000400002&tlng=pt. Acesso em: 30/01/2019. p. 624.

¹⁶⁰ DIAS, Júlia Maria; Oliveira, Ana Patrícia e outras. *Mortalidade materna*. Revista Médica de Minas Gerais, v. 25.2, pp. 173-179, 2014. Disponível em <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em 24/03/2018, p. 178.

¹⁶¹ Ibid., p. 174.

¹⁶² REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005. Disponível em: http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/dossie-a-realidade-do-aborto-inseguro-o-impacto-da-ilegalidade-do-abortamento-na-saude-das-mulheres-e-nos-servicos-de-saude-do-estado-do-rio-de-janeiro/at_download/file. Acesso em: 2/08/2018, p. 23.

Por aborto, a morte de mulheres brancas caiu de 39 para 15 por 100 mil partos. Entre negras, aumentou de 34 pra 51”¹⁶³. Os dados, mesmo parciais e camuflados pelo sub-registro, demonstram uma atuação desigual no enfrentamento do tema.

De acordo com a matéria veiculada, esta piora foi reconhecida pelo Ministério da Saúde¹⁶⁴ e a coordenadora geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde à época, Maria Esther de Albuquerque Vilela, elencou como causas responsáveis pelo incremento do número de mortes entre mulheres negras e pardas fatores clínicos, socioeconômicos, além de mencionar expressamente a problemática do racismo institucional¹⁶⁵.

Reconhecendo esta realidade as autoras Emanuelle Goes e Enilda Nascimento reiteram o papel das desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde, ressaltando o poder destas de limitar o cuidado em saúde. Nas palavras das autoras, tem-se que “por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde. E, para as mulheres negras, outros fatores agregados, como o sexismo, expõem a uma situação de vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado”¹⁶⁶. Neste tocante sublinha-se a temática da mortalidade materna a partir da lente da interseccionalidade, atentando aos desfechos desiguais produzidos e alimentados em razão da raça, que imbrica-se na abordagem de gênero e de classe, sendo patente a produção e a aceitação desigual de mortes evitáveis em razão de determinantes sociais, raciais e políticas. Neste tocante, pontua-se a mortalidade materna nos termos sugeridos pelo relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos como um fenômeno social complexo e multifacetado, que reflete dados gerais não apenas de acesso à saúde, mas também de escolaridade e autodeterminação sexual e reprodutiva¹⁶⁷, com desigualdades de raça impactando

¹⁶³ CANUTO, Luiz Cláudio. *Mortalidade materna entre negras aumentou no Brasil*. Rádio Câmara. Mídia digital. Matéria publicada em 09/06/2015. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-MORTALIDADE-MATERNA-ENTRE-NEGRAS-AUMENTOU-NO-BRASIL.html>. Acesso em 24/07/2017, p. 1.

¹⁶⁴ Ibid, p. 1.

¹⁶⁵ Ibid, p. 1.

¹⁶⁶ GOES, Emanuelle e NASCIMENTO, Enilda. *Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades*. Saúde em Debate, V. 37, N. 99, pp. 571-579. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10/11/2018, p. 578.

¹⁶⁷ ADVOCACI. Op. cit., p. 28.

diretamente no contexto da mortalidade materna¹⁶⁸ e suscitando-se as bases sociais firmadas através do racismo como chave central para compreender esta desigualdade, como se explorará no próximo tópico.

Na cidade do Rio de Janeiro, o panorama geral de mortalidade materna também é preocupante. O número de mortes maternas não vem diminuindo como esperado na capital fluminense. Em que pese os números globais do país estarem em decréscimo, verifica-se acentuação em relação às mulheres negras e, também, em algumas localidades. É o que ocorre com o Rio. Apesar da cidade contar com expressivo orçamento para a pasta da saúde e suas unidades de atendimento apresentarem uma das melhores condições de infraestrutura do país, os índices da região demonstram desfechos negativos incompatíveis com tais circunstâncias.

Em 2000 foram registrados 59 casos de mortes maternas no Rio de Janeiro e em 2005 este número caiu para 40. Entretanto, os índices voltaram a subir, tendo sido registradas 62 mortes maternas em 2013, 64 em 2014 e 65 em 2015¹⁶⁹. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio confirmam uma intersecção profunda entre os números de morte materna e as categorias de raça e de classe. Estudos dos casos registrados entre 2015 e 2016 demonstram que o risco de morte na gravidez, parto e puerpério é 3.2 vezes maior para mulheres negras, sendo 24% dos casos referentes à morte de mulheres negras, 42% de mulheres pardas e 31% de mulheres brancas. Os maiores índices são evidenciados nas zonas periféricas da cidade. Em ordem decrescente as áreas de maior concentração de morte materna são Santa Cruz, Realengo e Campo Grande¹⁷⁰.

A proporção de morte materna também evidencia uma intersecção em relação à classe no tocante ao nível de escolaridade. O risco é 3.4 vezes maior para mulheres que possuem apenas o ensino fundamental e 2.2 vezes maior para mulheres que possuem ensino fundamental e médio¹⁷¹.

De modo a tentar entender um pouco mais sobre as razões desta falha sistêmica, bem como compreender os múltiplos eixos de opressão e violência que

¹⁶⁸ CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 74.

¹⁶⁹ SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Indicadores de Saúde de Residentes no Município do Rio de Janeiro 2000-2015*. Disponível em http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3365_indic_nascimento%20mortalidade_mrj_2000_2015.PDF. Acesso em 24/07/2017.

¹⁷⁰ SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados fornecidos por BRASIL, Carla Lopes Porto, Superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidade, na Audiência Pública sobre mortalidade materna realizada no dia 29/05/2017 na Câmara Municipal do Rio de Janeiro.

¹⁷¹ Ibid.

delineiam o tema, passar-se-á a atentar aos motivos clínicos, sociais, estruturais e legais que encontram-se atrelados à mortalidade materna, para buscar identificar concretamente quais ações ainda precisam ser adotadas e quais medidas políticas precisam ser priorizadas para que um desfecho mais favorável possa ser concedido ao panorama brutal que hoje permeia a temática.

3.3.

Principais causas associadas à morte materna

Para compreender a mortalidade materna e suas distintas dimensões materializadas, cumpre atestar que esta pode decorrer de causas obstétricas diretas ou indiretas, sendo esta diferença essencial para constatar a evitabilidade deste evento. As causas diretas resultam, nos termos firmados pela OMS, de complicações na gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões ou tratamentos incorretos, sendo, então, produzidas por complicações atestadas no ciclo gravídico-puerperal. Dentre as causas obstétricas diretas inclui-se doenças hipertensivas (como a eclâmpsia), hemorragia e infecção puerperal¹⁷². Por sua vez, as causas indiretas são resultantes de doença prévia da mulher ou desenvolvida ao longo da gravidez, que não seja devida em razão de causas obstétricas diretas, mas agravada por efeitos fisiológicos da gestação. Dentre as causas indiretas mais frequentes tem-se diabetes e doenças cardiovasculares¹⁷³.

Altos índices de mortalidade materna são registrados em virtude de causas obstétricas diretas, que ocorrem em razão de falhas e de omissões ao longo da gestação e puerpério. Assim, em países com baixas taxas de morte materna estas são verificadas quase exclusivamente por causas indiretas. Ao contrário, em locais com alta mortalidade materna tem-se as causas diretas como preponderantes¹⁷⁴. É o que ocorre no Brasil. Pesquisa realizada em 2006 pelo Ministério da Saúde nas capitais do país revelou que quase 70% das mortes maternas são registradas em razão de causas diretas, com a preponderância dentre estas causas em razão de transtornos hipertensivos (que correspondem a cerca de 37% das mortes por

¹⁷² OMS. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Op. cit., códigos 96 e 97; CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 73.

¹⁷³ OMS. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Op. Cit., códigos 96 e 97.

¹⁷⁴ WHO. *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*. Op. cit., p. 2.

causas diretas) e com relevância especial para o aborto inseguro (correspondente a cerca de 11% destas causas, porcentagem esta camuflada pela subnotificação).¹⁷⁵

Ao versar sobre as causas relacionadas à mortalidade materna Rebecca Cook e Bernard Dickens propõe uma classificação seguindo os seguintes critérios: causas médicas, causas derivadas da lei, serviços e políticas ineficazes e causas socioeconômicas subjacentes¹⁷⁶. A partir desta proposição feita pelos autores canadenses, o relatório *Mortalidade Materna e Direitos Humanos* sugere três categorias distintas relacionadas às causas da morte materna, sendo elas: i) causas médicas; ii) causas subjacentes e iii) causas institucionais.

As causas médicas são aquelas analisadas por estudos epidemiológicos, sendo divididas, conforme apontado acima, entre causas obstétricas diretas e indiretas¹⁷⁷. As causas subjacentes são formuladas levando em consideração o contexto econômico e social em que as mortes são produzidas, contemplando condicionantes socioeconômicas, geográficas, culturais e raciais. Por meio de um olhar atento à gramática dos direitos humanos, estas causas relacionam-se tanto a direitos civis e políticos, quanto a direitos econômicos, sociais e culturais, refletindo violações a estes dois grupos, que se inter-relacionam e complementam, formando um todo indivisível¹⁷⁸. Estas causas subjacentes estão relacionadas às condições concretas de vida das mulheres. Situa-se aqui a mulher a partir de sua classe, raça, escolaridade, estado civil, local de residência, dentre outros aspectos constituintes de sua vivência, para compreender o acesso efetivo que ela possui a serviços de saúde, atentando à qualidade da atenção a ela oferecida e à sua vulnerabilidade diante do sistema de saúde, verificando, assim, o maior ou menor risco desta mulher vir a ter complicações na assistência à gravidez ou à situação de abortamento e, então, maiores ou menores chances de morrer.

Por sua vez, as causas institucionais refletem as falhas presentes no sistema de saúde e as suas estruturas de violência e de discriminação. Estas falhas revelam omissões e negligências estatais, demonstrando sua incapacidade global de evitar uma morte evitável. Nos termos firmados pelo relatório sobre

¹⁷⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna*. Relatório final. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf. Acesso em: 03/12/2018, p. 62; CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 75.

¹⁷⁶ ADVOCACI. Op. cit., p. 42.

¹⁷⁷ Ibid., p. 41.

¹⁷⁸ Ibid., p. 43.

Mortalidade Materna e Direitos Humanos, tem-se que tais falhas “apontam para a ocorrência de discriminação e violência institucional generalizadas, as quais, de forma difusa e transversal, permeiam a assistência aos serviços de pré-natal, parto, puerpério e abortamento incompleto”¹⁷⁹. Inclui-se neste ponto as consequências produzidas pelo patriarcalismo, situando a morte materna enquanto violência e discriminação de gênero, capaz de revelar a insuficiência das políticas públicas e dos compromissos políticos firmados em razão dos direitos das mulheres.

Ainda, acrescenta-se a violência produzida e perpetuada pelo racismo institucional, insculpido na base de nossa sociedade e, conseqüentemente, presente na condução das dinâmicas de desamparo em saúde. Trazendo as reflexões de Jurema Werneck, tem-se que tais falhas demonstram a insuficiência de ações efetivas dirigidas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças que possuem especial incidência aos grupos de mulheres negras¹⁸⁰. Os efeitos do racismo perpassam a assistência à saúde e sua oferta, ressaltando Werneck como a questão é composta por imbricados fatores sociais, políticos e geográficos. Nas palavras da autora tem-se que:

(A)s precárias condições de acesso das mulheres negras incluem pouca disponibilidade de serviços próximos de seus locais de residência; pouca flexibilidade no trabalho para poderem ir aos serviços; indisponibilidade de meios de transporte adequados e ágeis para seu deslocamento; baixa qualidade da ação dos profissionais, a incapacidade ou desinteresse das instituições em enfrentar seu racismo (e sexismo) institucional etc.¹⁸¹

Atentar à morte materna a partir desta classificação tripartite permite compreender este fenômeno em sua complexidade, com a pontuação das variáveis sociais e raciais que produzem as referidas mortes e com a percepção deste evento a partir de uma conotação eminentemente política. Tal análise permite, então, nomear as estruturas de poder, sociais e econômicas, que encontram-se por trás das mortes maternas, mortes estas de mulheres e, em especial, de mulheres negras e de baixas classes sociais, possibilitando a revelação das opções e projetos políticos que forjam este cenário de violência, que serão abordados no capítulo

¹⁷⁹ Ibid., p. 56.

¹⁸⁰ WERNECK, Jurema. *Mulheres negras brasileiras e os resultados de Durban*. IN: PAULA, Marilene e HERINGER, Rosana (Orgs.). *Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Fundação Heinrich Boll e Actionaid Brasil, Rio de Janeiro, 2009, p. 126.

¹⁸¹ Ibid., p. 126.

seguinte. Sem retirar o valor da compreensão epidemiológica, esta abordagem permite somar às causas obstétricas outras dimensões que a influenciam diretamente, confluindo à produção ou prevenção das mortes maternas.

Avançando na abordagem geral do tema, cumpre pontuar as principais causas de morte materna, que são, em ordem decrescente, hipertensão, hemorragias, infecção puerperal e aborto¹⁸². O aborto aparece, neste contexto, como a quarta causa de morte materna no Brasil, sendo uma causa expressiva que, como pontua Maria do Carmo Leal, tem sua magnitude mascarada em razão da subnotificação, estritamente relacionada com a tipificação penal da prática. A autora supõe, em virtude da omissão provocada pela criminalização, que a razão de mortes por aborto deve ser maior¹⁸³. Nestes termos, tem-se o abortamento inseguro como importante fator para a produção de mortes evitáveis. No presente ensaio opta-se por utilizar a expressão “mortes de mulheres por abortamento”, no lugar de “mortes maternas” para se referir às mortes que advém da situação de abortamento. Esta opção de nomenclatura é adotada em razão de a mulher em situação de abortamento não se considerar enquanto mãe, mas sim enquanto mulher no exercício dos seus direitos à autonomia e ao planejamento familiar.

A atual disposição do Código Penal brasileiro – questionada pela Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 422, que suscita a inconstitucionalidade da criminalização do aborto – positiva como crime a prática do aborto, isentando de punição a conduta apenas em dois casos: quando há risco de morte para a mulher ou quando a gravidez decorre de estupro¹⁸⁴. Uma terceira hipótese passou a ser admitida a partir da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) proferida na ADPF n. 54, qual seja, a interrupção da gravidez no caso de feto anencéfalo, que não tem possibilidade de vida extrauterina.

De modo a regulamentar o aborto legal na hipótese de estupro, foi editada a norma técnica denominada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”¹⁸⁵, que prevê que a interrupção da gravidez neste caso não depende de Boletim de Ocorrência (BO)

¹⁸² BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde, V. 43, N. 1, 2012. p. 4.

¹⁸³ LEAL, Maria do Carmo; CARVALHO, Marília; LIMA, Luciana. Op. Cit., p. 4.

¹⁸⁴ BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. *Código Penal*. Arts. 124 a 128.

¹⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Op cit.

ou laudo do Instituto de Medicina Legal (IML), figurando como único documento necessário para a prática o consentimento por escrito da mulher¹⁸⁶.

Apesar da norma técnica e do teor legal, na prática poucas mulheres conseguem exercer o direito de interromper a gestação nos casos previstos em lei. Estudo nacional realizado entre 2013 e 2015 investigou a totalidade de serviços de abortamento legal presentes no país, 60 indicados oficialmente pelo Ministério da Saúde e outros 8 acrescentados pela pesquisa por terem se auto-identificado enquanto estabelecimentos que realizam o aborto legal¹⁸⁷. Das 68 instituições investigadas, apenas 37 indicaram realizar a interrupção da gravidez por estupro, risco de morte para a mulher e casos de anencefalia. 28 instituições indicaram ter deixado de prestar o serviço de aborto legal e 4 instituições expressaram nunca ter realizado a prática¹⁸⁸. Das únicas 37 instituições no país que afirmaram efetuar aborto nas hipóteses legais, 15 realizaram menos de 10 procedimentos de aborto nos últimos 10 anos¹⁸⁹, o que expressa que nestas este serviço não é efetivamente prestado.

A pesquisa apontou ainda que as 37 unidades que realizam o serviço estão distribuídas em 20 unidades da federação, sendo 5 na região Norte, 11 na região Nordeste, 3 na região Centro-Oeste, 6 na região Sul e 12 na região Sudeste. Ademais, indicou que em 7 Estados não há este serviço ativo para as mulheres¹⁹⁰. Em contraposição com uma pesquisa anterior, realizada em 2005 nos mesmos moldes, foi constatada a ausência de avanço no tocante à assistência médica ao abortamento legal. Em 2005 foram registradas 37 unidades que realizavam aborto legal e entre 2013 e 2015, período de análise da segunda pesquisa, este número se manteve, apresentando melhora apenas em relação à não exigência de B.O. para a prática do aborto: em 2005 70% dos hospitais exigiam B.O. e entre 2013 e 2015 apenas 14% exigiram este documento oficial contrariando a norma técnica¹⁹¹.

Analisando os dados apresentados constata-se uma quantidade absolutamente ínfima de unidades que prestam atendimento às mulheres que possuem direito previsto em lei para realizar aborto. A gravidade da situação é

¹⁸⁶ MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*. Ciências e Saúde Coletiva, 21(2):563-572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>. Acesso em: 02/12/2018, p. 564.

¹⁸⁷ Ibid., p. 565.

¹⁸⁸ Ibid., p. 566.

¹⁸⁹ Ibid., p. 566.

¹⁹⁰ Ibid., p. 566.

¹⁹¹ Ibid., p. 569.

patente. O aborto legal é atestado no caso de risco de morte à mulher ou no caso de violência sexual intensa verificada por meio de estupro. O panorama explicitado demonstra a irrealidade da prática de aborto legal no país. Apenas 37 instituições em um país de dimensão continental, sendo que 15 delas não podem ser consideradas como efetivamente prestadoras do serviço. A conclusão é no sentido de que apenas 22 instituições de saúde encontram-se aptas a realizarem o direito das mulheres previsto em lei de interromper a gestação nos casos autorizados. Este cenário empurra para a ilegalidade também o aborto legal, fazendo com que tanto as mulheres que se enquadram nas hipóteses autorizadas em lei, quanto aquelas que optam pela prática mesmo nos casos ilegais busquem meios inseguros e clandestinos, com vulneração à saúde e exposição à morte.¹⁹²

A opção legislativa pela criminalização do aborto não impede, todavia, sua ocorrência. A Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, coordenada por Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Medeiro, demonstrou que o aborto é um evento comum no Brasil, indicando que o número de mulheres que declaram ter realizado aborto na vida são eloquentes, com a constatação de que aos 40 anos de idade uma em cada cinco mulheres já realizou um aborto¹⁹³. A ocorrência deste fenômeno, apesar de sua criminalização, o coloca no centro de uma das grandes pautas de saúde pública do país, sendo imperiosa a abordagem do tema a partir do prisma da saúde, em detrimento do prisma repressor e estigmatizante do direito penal. Neste sentido, o Comitê CEDAW já se pronunciou afirmando que a tipificação penal do aborto não leva as mulheres a desistirem da prática, mas faz com que elas se submetam a abortos inseguros e perigosos¹⁹⁴. Atentando a esta formulação, Maria Elvira de Mello e Beatriz Galli chamam atenção aos números de aborto e às complicações dele advindas, indicando que “apesar de o aborto ser legalmente aceito apenas em casos restritos no Brasil, cerca de 1 a 1,2 milhões de mulheres se submetem a este procedimento a cada ano, e 250.000 mulheres são atendidas em hospitais públicos em decorrência de complicações de aborto”¹⁹⁵.

¹⁹² CAMPOS, Carmen Hein de. Op. cit., p. 75/76.

¹⁹³ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. *Pesquisa nacional de aborto 2016*. Ciências e Saúde Coletiva, V.22, N.2, pp.653-660, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03/12/2018, p. 658/659.

¹⁹⁴ ONU. Comitê CEDAW. *Observações finais do Comitê Cedaw: Peru*, 8 de julho de 1998, Doc. UN Cedaw/C/1998/II/L.1/ Add. 7, par. 6; ADVOCACI. Op. cit., p. 69.

¹⁹⁵ MELLO, Maria Elvira e GALLI, Maria Beatriz. Op. cit., p. 2.

Estudo realizado pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro traçou o perfil das mulheres denunciadas por aborto e trouxe informações importantes sobre esta prática, deixando clara a existência de profunda vulnerabilidade na abordagem do tema, que ganha contornos distintos em relação às mulheres negras, de baixas classes sociais e menos escolarizadas, que figuram como alvo preferencial para a perseguição penal e que correm maiores riscos de morte em razão da prática¹⁹⁶. Dentre as conclusões do estudo ressalta-se:

a) As mulheres em situação de pobreza, em sua maioria negras (60%), que não têm condições financeiras de arcar com o pagamento por um procedimento médico clandestino de interrupção da gravidez e optam por métodos caseiros (...), que apresentam riscos mais elevados à saúde e resultam, frequentemente, na necessidade de atendimentos de emergência na rede de saúde (...); b) As mulheres em situação de pobreza, em sua maioria negras (60%) e menos instruídas (22% não concluíram o segundo grau), por conta do medo de serem descobertas e da ausência de informação ou de condições seguras para interromper a gestação, demoram mais a tomar a decisão e acabam por realizar o processo em estágio de gravidez avançado (a grande maioria com tempo gestacional superior a 12 semanas), o que faz com que sofram de maneira mais drástica os efeitos físicos do procedimento e corram maior risco de morte; c) A falta de uma estrutura adequada no sistema público de saúde para atendimento da demanda de interrupção voluntária da gravidez coloca em grave risco a vida de todas as mulheres.¹⁹⁷

A partir desta análise atesta-se uma relação intrínseca entre a criminalização do aborto e a exposição de mulheres à morte. O relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos enfatiza esta relação, indicando que “não há dúvidas: a existência de leis punitivas em relação ao abortamento é o que leva as mulheres à prática de abortos inseguros, e, portanto, implica no aumento do risco das mulheres de morrer de morte materna evitável”¹⁹⁸. Dentre as mulheres que morrem por situação de abortamento verifica-se especial vulnerabilidade às negras, que possuem risco de morrer em virtude de gravidez que termina em aborto 2.5 vezes maior do que as mulheres brancas¹⁹⁹. Tal estatística, mais uma vez, conduz a presente análise a atentar às distintas opressões que permeiam a temática, tendo a raça como eixo importante para

¹⁹⁶ CASSERES, Livia; CUNHA, Beatriz. *Impactos da criminalização do aborto no Brasil*. IN: DPERJ. *Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. DPERJ, 2018, p. 59.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 58.

¹⁹⁸ ADVOCACI. *Op. cit.*, p. 61.

¹⁹⁹ MELLO, Maria Elvira e GALLI, Maria Beatriz. *Op. cit.*, p. 2.

compreender a magnitude da morte materna e da morte por situação de abortamento.

A expressividade do tema do abortamento inseguro deu ensejo à publicações e recomendações específicas formuladas no âmbito dos direitos humanos, com destaque à recomendação do Comitê CEDAW que afirmou ser discriminatória a legislação nacional que criminaliza procedimentos médicos realizados e necessários apenas para as mulheres²⁰⁰, e a observação do Comitê DESC ao Brasil registrando preocupação com a alta taxa de mortalidade materna verificada no país em decorrência de abortos ilegais, em particular nas regiões em que as mulheres possuem acesso insuficiente a serviços de atenção à saúde²⁰¹.

Constata-se, assim, que a opção legislativa repressora penal analisada integra um conjunto de medidas que figuram como responsáveis pela produção de mortes maternas e de mortes por abortamento. Para além da criminalização do aborto, outros motivos são destacados pela literatura médica e pelas pesquisas científicas como determinantes para a ocorrência de mortes evitáveis. Dentre estes motivos destaca-se a violação ao direito ao planejamento familiar e a insuficiência de atendimento ao abortamento, além de falhas na assistência pré-natal, no atendimento emergencial gestacional e na infraestrutura das instituições de saúde. Neste sentido, o relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos condensa as causas de morte materna listadas na CPI da Mortalidade Materna:

O relatório final da CPI da Mortalidade Materna descreve como causas de morte materna a falta de acesso a serviços de planejamento familiar, a falta de acesso ao serviço pré-natal de qualidade, a falta de acesso a serviços de emergência obstétrica eficazes, e a falta de acesso a serviços de qualidade para tratamento de complicações decorrentes de aborto provocado ou espontâneo. Ainda, a falta de oferta suficiente de serviços que garantam a realização do aborto nos casos previstos em lei também coloca as mulheres em risco maior de levar adiante uma gravidez indesejada ou buscar clínicas clandestinas e procedimentos inseguros para interromper a gravidez, aumentando o seu risco de morte materna e revelando um cenário perverso de violência institucional.²⁰²

Passar-se-á à análise dos motivos destacados, tendo como enfoque inicial a qualidade do pré-natal, que quando adequado pode proporcionar a detecção precoce de doenças e um maior grau de satisfação da mulher com a gravidez.

²⁰⁰ Ibid., p. 2.

²⁰¹ ONU. Comitê DESC. *Observações Finais: Brasil*. Doc. E/C.12/1/Add.87, 2003, par. 62; CLADEM, Op. cit., p. 14.

²⁰² ADVOCACI. Op. cit., p. 59.

Maria do Carmo Leal e outras enfatizam a ocorrência da universalização da assistência pré-natal no Brasil – conquista atestada em razão da implementação do SUS, com praticamente todas as mulheres recebendo assistência à gravidez no país – mas destacam que os altos índices de morte materna ainda verificados demonstram falhas na atenção obstétrica ofertada desde o pré-natal até o parto. Nas palavras das autoras, “embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos têm mostrado falhas na qualidade da assistência prestada, contribuindo para esses desfechos negativos”²⁰³.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, desenvolvida pela Fiocruz, averiguou a qualidade da assistência pré-natal a partir de entrevistas e análises de cartões de pré-natal de 23.894 mulheres entre os anos de 2011 e 2012, indicando que a adequação do pré-natal no país é baixa. Segundo os dados da pesquisa, cerca de 60% das gestantes iniciam o acompanhamento de forma tardia, após a 12^a semana de gestação, e cerca de 25% delas não recebem o mínimo de 6 consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Ademais, apontou que apenas 62,9% dos casos tiveram o registro de pelo menos um exame preconizado na rotina de assistência a pré-natal e que apenas 59% das mulheres foram orientadas sobre a maternidade de referência para realização do parto, com patente violação à Lei 11.634, que garante o direito de vinculação da gestante à maternidade de referência no âmbito do SUS. Indicou ainda que quase um quinto das mulheres precisou procurar mais de uma instituição de saúde para admissão no momento do trabalho de parto, o que aumenta sobremaneira os riscos para a mulher e o bebê. A pesquisa listou como principais razões para a referida peregrinação a ausência de condição de atendimento por falta de médicos, materiais ou equipamentos²⁰⁴.

Analisando os componentes mínimos exigidos para fins de adequação do pré-natal (que incluem início do atendimento até a 12^a semana gestacional, realização de ao menos 6 consultas, registro no cartão de pré-natal de ao menos um dos exames preconizados na rotina do pré-natal e indicação da maternidade de referência), o estudo constatou que em apenas 21,6% dos casos foi registrada assistência pré-natal global adequada, conforme as exigências do Ministério da

²⁰³ LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana; PEREIRA, Ana Paula e outros. Op. cit., p. 2.

²⁰⁴ FIOCRUZ. Op. cit., p. 3; DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo; DOMINGUES, Rosa Maria e outros. *Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil*. Rev Panam Salud Publica, 37(3), 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>. Acesso em: 15/01/2019, p. 140.

Saúde²⁰⁵. O número é baixo e demonstra carência e insuficiência na atenção à saúde da mulher gestante, com impacto na mortalidade materna e infantil.

Ora, o fato de apenas vinte por cento das mulheres receber atenção adequada de pré-natal abre portas para desfechos negativos. Ainda nos termos da pesquisa da Fiocruz, a menor adequação do pré-natal se deu nos casos de mulheres mais jovens, negras, com filhos, sem companheiro, sem trabalho remunerado, menos escolarizadas, de classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país²⁰⁶. Em contraposição, a maior adequação do pré-natal foi observado nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, nos casos de mulheres com mais de 20 anos, brancas, mais escolarizadas, de classe econômica mais elevada, que tinham trabalho remunerado e residiam com companheiros, e que eram atendidas em serviços privados de saúde²⁰⁷. Assim, a pesquisa apontou a persistência de desigualdades regionais e sociais na atenção de demandas de mulheres gestantes, identificando disparidades na qualidade da assistência médica ofertada às mulheres e demonstrando que o cuidado adequado na área da saúde é direcionado primordialmente a um grupo privilegiado de mulheres²⁰⁸.

Aprofundando a análise a partir da conjuntura específica do Rio de Janeiro, cidade que, apesar de localizar-se em uma das regiões do país com melhor assistência ao pré-natal, tem demonstrado piora nos indicadores de morte materna, verifica-se, por meio de pesquisa desenvolvida pelos médicos Maria do Carmo Leal, Marcos Dias e outros, que a qualidade da assistência ao parto ofertada nas instituições cariocas é defeituosa. Analisando 20 maternidades ligadas ao SUS nos anos de 1999 e 2001, a pesquisa apontou que de maneira geral as gestantes que apresentam baixo risco na gestação são submetidas a intervenções desnecessárias, podendo haver caracterização de violência obstétrica; e as de alto risco gestacional não recebem cuidado adequado, quadro que faz com que na localidade sejam identificados resultados perinatais desfavoráveis, altas taxas de cesariana e índices elevados de mortalidade materna, situação esta incompatível com os investimentos e a tecnologia disponíveis na cidade²⁰⁹.

²⁰⁵ Ibid, p. 140.

²⁰⁶ Ibid, p. 140.

²⁰⁷ Ibid, p. 143.

²⁰⁸ Ibid., p. 140.

²⁰⁹ DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo; CUNHA, Cynthia. *Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001*. Rev Saúde Pública, V. 42, N. 5, pp. 895-902, 2008. Disponível em:

Esta pesquisa demonstrou que o acompanhamento de 38,3% do total de gestantes de risco foi inadequado, e de 33,6% destas foi intermediário²¹⁰. Ademais, identificou que em muitos casos não foram registradas, no momento de admissão ao hospital para o parto, condições clínicas importantes das gestantes para fins de avaliação do risco gestacional, como a pressão arterial, a frequência cardíaca fetal e a temperatura auxiliar²¹¹. A falha relacionada à medição da pressão arterial da gestante pode ser diretamente associada ao risco de morte materna, cumprindo ressaltar que a hipertensão é a principal causa de mortalidade materna no país. Neste tocante, a pesquisa indicou que a avaliação da pressão arterial ao longo do trabalho de parto ficou abaixo do esperado para gestantes de baixo risco e de alto risco²¹², o que impacta na ocorrência de mortes evitáveis.

As falhas identificadas na assistência pré-natal são importantes para a compreensão do quadro geral de mortes maternas no país e na cidade do Rio de Janeiro. A valorização do pré-natal encontra-se diretamente relacionada com a saúde primária, de caráter eminentemente preventivo. A partir da implementação do SUS a saúde primária foi firmada como prioridade em termos de ação de saúde, o que proporcionou a universalização do pré-natal. Neste contexto, as clínicas da família ocupam espaço de relevo, realizando a assistência pré-natal e proporcionando cuidados preventivos e humanizados. Entretanto, tem-se que o pré-natal inadequado não pode isoladamente ser considerado como responsável pela totalidade de mortes maternas evitáveis, não figurando também sua melhora como estratégia única para resolução da questão.

Ainda que a gestante tenha recebido assistência pré-natal seguindo as exigências do Ministério da Saúde, ela pode necessitar de atendimento emergencial durante o trabalho de parto. Neste sentido, a literatura médica indica que complicações graves são atestadas em significativas proporções no momento do parto por mulheres que não apresentam fatores de risco identificáveis ao longo da gravidez, o que faz com que o investimento em assistência pré-natal adequada deva ser conjugado com outras ações sistêmicas que qualifiquem o atendimento

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500015&script=sci_abstract&tlng=pt.
Acesso em: 13/01/2019, p. 895.

²¹⁰ Ibid., p. 898.

²¹¹ Ibid., p. 901.

²¹² Ibid., p. 901.

de emergência²¹³. Ademais, a falta de adesão às práticas baseadas em evidência científica no momento do parto pode ensejar complicações e desfechos negativos, sendo certo que a redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto pode contribuir para a redução da morte materna. Neste sentido, o uso de ocitocina intraparto tem sido associado a possibilidade de hemorragia pós-parto grave e a realização de cirurgia cesariana eletiva sem indicação clínica tem sido considerada como fator de risco para a mortalidade materna²¹⁴.

Três demoras são suscitadas como determinantes para o desfecho da morte materna, sendo elas: a demora na decisão da gestante de buscar atendimento médico, reconhecendo a existência de alguma complicação; a demora na chegada a uma unidade de saúde capaz de lhe prestar atendimento adequado e a demora na prestação dos cuidados médicos necessários. Estas demoras se inter-relacionam e, no caso do Brasil, ganham contornos expressivos diante da necessidade de transferência para outra unidade e atraso no transporte²¹⁵.

Para um atendimento célere e eficaz é necessário que as instituições de saúde possuam condições estruturais adequadas. No tocante à infraestrutura, a pesquisa Nascer no Brasil demonstrou que uma parcela significativa de maternidades não apresenta os medicamentos e equipamentos mínimos que figuram como necessários para o atendimento de emergência, tanto para a mulher, quanto para o recém-nascido²¹⁶. Nos termos firmados pelo estudo, as maiores deficiências de infraestrutura foram identificadas nas instituições das regiões Norte e Nordeste e, em seguida, Centro-Oeste.

No tocante às regiões Sul e Sudeste foram verificados hospitais melhor estruturados, havendo aproximação da qualidade do setor público com o setor privado, o que não foi atestado nas demais regiões do país. Com efeito, as instituições públicas situadas no Sul e Sudeste foram identificadas como tendo condições próximas, ou até mesmo superiores, das da rede privada.²¹⁷ Neste cenário, a pesquisa aponta que uma proporção importante de mulheres e de

²¹³ PACAGNELLA, Rodolfo; DINIZ, Carmen Simone Grilo e outros. *Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction*. Rev Bras Ginecol Obstet, V. 40, N. 9, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000900501. Acesso em: 15/01/2019, p. 1.

²¹⁴ Ibid., p. 3.

²¹⁵ Ibid., p. 1.

²¹⁶ FIOCRUZ. Op. cit., p. 3.

²¹⁷ Ibid., p. 3.

recém-nascidos foi exposta a riscos desnecessários e evitáveis em razão de deficiências nas condições gerais de estrutura das unidades²¹⁸, o que conduz a um cenário de risco acentuado de produção de mortes.

O documento produzido pelo Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) para o Comitê CEDAW na ocasião do Caso *Alyne Pimentel vs. Brasil* sublinhou a importância da infraestrutura das unidades de saúde para contornarem o cenário atual de produção de mortes evitáveis, indicando que o contexto nacional de altas taxas de morte materna se agrava, nas palavras usadas pelo documento, “com a má gerência dos serviços de saúde, a falta de infraestrutura na assistência à saúde, incluindo falta de leitos, equipamentos e transporte para unidades de saúde melhor equipadas”²¹⁹.

A violação ao direito ao planejamento familiar também figura como condição diretamente associada à produção de mortes evitáveis. Como suscitado no primeiro capítulo, o direito ao planejamento familiar possui matriz constitucional, legal e internacional, sendo suscitado enquanto direito fundamental relacionado à autonomia das mulheres. Mas mais do que isso, pode-se afirmar que tal direito encontra-se, como visto, ligado diretamente à vida das mulheres. Isto porque sem acesso à informação, ao controle de fecundidade e ao planejamento familiar abre-se espaço para a gravidez indesejada e, em muitos casos, ao abortamento inseguro, uma das principais causas de morte evitável de mulheres.

Estudo realizado pelos médicos Rodolfo Pacagnella, Simone Grilo Diniz e outros demonstra que do total de nascimentos evidenciados no país nos últimos cinco anos apenas 54% foram planejados. O estudo aponta ainda que há uma demanda reprimida por contraceptivos no país, afetando 3,5 a 4,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva²²⁰. O estudo, assim como o relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos, pontua a relação existente entre gestações indesejadas e mortalidade materna, expressando que altas taxas de mortes maternas e por situação de abortamento refletem falta de acesso a serviços de planejamento familiar adequado²²¹.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 3.

²¹⁹ CLADEM. *Op. cit.*, p. 3/4.

²²⁰ PACAGNELLA, Rodolfo; DINIZ, Carmen Simone Grilo e outros. *Op. Cit.*, p. 2.

²²¹ ADIVOCACI. *Op. cit.*, p. 62; PACAGNELLA, Rodolfo; DINIZ, Carmen Simone Grilo e outros. *Op. cit.*, p. 2.

Para além do planejamento familiar, imperiosa a efetivação do direito das mulheres de interromperem a gestação nos casos autorizados pela legislação, com a efetiva implementação de unidades de saúde aptas a realizarem este serviço, bem como com amparo às mulheres que procuram o sistema de saúde nas ocasiões de abortamento incompleto, inclusas ou não nas hipóteses autorizadas pela lei. Neste tocante, a própria legislação penal é verificada como fator que produz mortes evitáveis, sendo suscitada enquanto opção política que atenta contra a vida das mulheres e que integra um contexto mais amplo de aceitação e produção de mortes, que será explorado no capítulo seguinte.

O contexto apresentado de mortes maternas e por abortamento evitáveis atestado no país, e em crescimento em localidades como a cidade do Rio de Janeiro, mostra que um comprometimento político levado à cabo a partir de diretrizes múltiplas e interligadas poderia ser eficiente para mudar verdadeiramente o rumo deste cenário violento. Como pontuou o CLADEM em comunicação para o Caso Alyne Pimentel vs. Brasil, “uma assistência apropriada, com profissionais treinados, equipamentos adequados e serviços de referência para complicações e emergências durante a gravidez e o parto deviam ser o procedimento padrão se a mortalidade materna é para ser reduzida”²²². Entretanto, apesar das causas serem conhecidas, assim como os caminhos para remediá-las, continua-se convivendo com a exposição silenciosa de mulheres à morte.

Na maioria das vezes as mulheres que morrem não têm seus rostos e histórias conhecidos. As mortes não chegam ao conhecimento da população e não são registradas politicamente. O silêncio e a falaciosa naturalidade guiam os casos de morte materna e por abortamento evitáveis. Poucas são as narrativas que rompem a barreira invisível do silêncio e, dentre estas, estão as de Alyne e Ingriane, que serão nomeadas e contadas como forma de representação de todas as demais mulheres vítimas de morte evitável no país.

²²² CLADEM. Op. cit., p. 7.

3.4.

Casos Alyne Pimentel e Ingridiane Barbosa

Alyne da Silva Pimentel: mulher, negra, pobre, com 28 anos, mãe de uma menina de 5 anos e grávida de seis meses, veio à óbito em novembro de 2002 no Rio de Janeiro. Alyne apresentava sintomas de gravidez de alto risco, mas não recebeu cuidados condizentes com seu quadro clínico. Realizou acompanhamento pré-natal durante a gestação na clínica Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo, tendo reclamado desde o segundo mês de gravidez de náuseas, que foram consideradas próprias da gestação pelo médico que realizava as consultas de pré-natal, sem que exames adicionais tivessem sido solicitados²²³.

Com seis meses de gestação Alyne, sofrendo com fortes náuseas e vômito, foi até a clínica onde realizava as consultas de acompanhamento da gestação, privada mas conveniada com o Poder Público por meio do SUS, sendo atendida e orientada a regressar para sua residência. Passados dois dias, com as dores tendo se intensificado e sem conseguir sentir o bebê mexer na sua barriga, Alyne regressou à clínica, realizando exame de ultrassonografia e sendo constatada a morte do feto. Após ter de aguardar por longas seis horas, teve o parto induzido, resultando em um feto natimorto, com Alyne desorientada²²⁴.

Apenas quatorze horas mais tarde foi realizada a retirada da placenta de Alyne, por meio de cirurgia de curetagem, procedimento que deveria ter ocorrido imediatamente após o parto. A condição de saúde de Alyne se agravou e ela começou a apresentar quadro de hemorragia severa, vômito de sangue, baixa pressão sanguínea, desorientação prolongada, fraqueza física e incapacidade de ingestão de comida.²²⁵ Devido à gravidade do quadro de Alyne, ela teve que ser transferida para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, já que a clínica onde se encontrava não possuía os equipamentos de emergência necessários.

Contudo, não havia veículo disponível para realizar a transferência de Alyne e o Hospital se recusou a usar a única ambulância que possuía no período da noite para transportá-la. Como resultado, Alyne teve que esperar por oito horas para ser transferida. Nas últimas duas horas seu estado de saúde já estava paupérrimo, com sintomas de coma. Após conseguir a transferência, Alyne se

²²³ ADVOCACI. Op. cit., p. 71.

²²⁴ ADVOCACI. Op. cit., p. 71.

²²⁵ COOK, Rebecca. Op. cit., p. 4.

deparou novamente com a insuficiência das instituições de saúde: não havia leito disponível para ela, que recebeu atendimento improvisado no corredor da sala de emergência do hospital, onde apresentou quadro de hipotermia, complicação respiratória aguda e sintoma de coagulação intravascular disseminada, sendo ressuscitada após sua pressão chegar a zero. Sem a ficha do prontuário médico de Alyne disponível, o médico de plantão recebeu oralmente breves informações sobre os sintomas que ela apresentara. No dia seguinte Alyne faleceu, tendo a causa oficial do óbito sido identificada como hemorragia digestiva²²⁶.

Alice, filha de Alyne, na época com cinco anos, conviveu com a dor da perda da mãe e do irmão. Matéria de jornal contou um pouco da tristeza sentida:

Com Alice foi assim: primeiro perdeu a mãe, depois as palavras. E só tinha 5 anos. Outros cinco se passaram. E Alice perdeu mais. Um ano de escola, porque não falava direito. O pai construiu uma nova família e quase não a vê. A avó ficou doente e não pode mais trabalhar como doméstica. No ano passado, mais uma filha morreu, ela passou a criar outro neto. Quem sustenta a todos é a bisavó, de 77 anos. Alice hoje tem 10. E uma vida que já não cabe em palavras.²²⁷

Foi proposta ação de indenização por danos materiais e morais, que apenas foi sentenciada em 2013, mais de dez anos após o ajuizamento²²⁸. No plano internacional foi submetida uma denúncia ao Comitê CEDAW, por meio do mecanismo de peticionamento individual criado pelo Protocolo Facultativo da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. O Brasil foi responsabilizado internacionalmente pelo Comitê das Nações Unidas pela morte materna evitável de Alyne Pimentel, em 2011. As conclusões acerca do caso evidenciaram mau atendimento e indolência estatal.

A morte de Alyne figura como exemplo de tantas outras, que ocorrem em moldes bastante semelhantes à sua. Dentre as considerações proferidas pelo Comitê CEDAW ressalta-se (i) o reconhecimento da morte de Alyne como uma morte materna, em detrimento do arguido pelo Estado, no sentido de que a causa

²²⁶ COOK, Rebecca. Op. cit., p. 4.

²²⁷ FERNANDES, Nelito e CLEMENTE, Isabel. *O alto índice de mortalidade materna*. Revista Época. Mídia digital. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT4930-15280-4930-3934,00.html>. Acesso em: 14/01/2019.

²²⁸ MIRANDA, Mariana. *Alyne Pimentel versus Brasil e o princípio do acesso à justiça: um estudo de caso*. Rio de Janeiro, 2015. Artigo Científico para conclusão de curso de Pós-Graduação: EMERJ, p. 7. Ver dados sobre o processo judicial em: Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, processo n. 0015253-21.2003.8.19.0001.

da morte seria hemorragia digestiva²²⁹; (ii) a imposição da responsabilidade direta do Estado pelas atividades das instituições médicas privadas que prestam serviços com subcontratação estatal e o dever de fiscalizar e regulamentar as instituições privadas em geral de atenção à saúde; (iii) a declaração de que a falta de serviços de saúde materna apropriados produzem efeitos diferenciais sobre o direito da mulher à vida, ensejando uma forma de discriminação contra a mulher; (iv) o reconhecimento de que a vítima foi alvo de dupla discriminação pelo Estado por ser mulher e negra²³⁰. Neste ponto, o Comitê recordou as observações que fez para o Brasil em 2007, assinalando a existência de discriminação de fato contra as mulheres, especialmente contra mulheres negras²³¹.

O Comitê impôs diversas recomendações ao Estado brasileiro, algumas relacionadas à família de Alyne, como a compensação pecuniária à filha e à mãe de Alyne, e outras relacionadas à conjuntura geral apresentada de mortes maternas evitáveis, que precisa ser revista pelo Estado. Dentre estas ressalta-se o dever imposto ao Brasil de assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e a assistência obstétrica de emergência adequada, de reduzir o número de mortes maternas evitáveis, implementando Pactos pela Redução da Mortalidade Materna e incluindo comitês de monitoramento de mortalidade materna em todo o país, bem como de oferecer treinamento profissional adequado aos agentes de saúde, especialmente sobre o direito das mulheres a saúde reprodutiva²³².

A responsabilização internacional foi publicada em 2011 e até hoje o Estado brasileiro não efetivou diversas recomendações propostas pelo Comitê. Apenas em 2013 o Estado concedeu reparação pecuniária à família de Alyne²³³. Compreendendo a morte materna como morte evitável na quase totalidade dos casos e levando em consideração o descumprimento das recomendações do Comitê CEDAW no expressivo caso narrado, atesta-se um cenário contínuo de produção de mortes silenciadas, que parece ser tolerado e chancelado pelo Estado.

Recentemente, outro caso de morte evitável ganhou repercussão, rompendo a barreira da invisibilidade. Ingriane Barbosa, mulher, negra, pobre, com 30 anos, mãe de três filhos e grávida de quatro meses, morreu em maio de 2018 na região

²²⁹ COOK, Rebecca. Op. cit., p. 4.

²³⁰ ONU. Comitê CEDAW. *Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil*. Op. cit., pars. 7.1 a 7.7.

²³¹ Ibid., pars. 7.1 a 7.7.

²³² Ibid., par. 7.1; COOK, Rebecca. Op. cit., 5.

²³³ LÓPEZ, Laura Cecília. Op. cit., p. 143.

serrana do Rio de Janeiro, em Petrópolis, em razão de um abortamento inseguro. Trabalhava como babá há dois meses, recebendo dois salários mínimos por mês, e nutria o sonho de conquistar sua própria casa²³⁴.

Após a confirmação da gravidez, as investigações do caso indicaram que Ingriane teria entrado em contato com o pai do bebê, que deixou claro que não teria interesse em ser pai e não respondeu a mensagem de texto enviada por Ingriane falando de sua pretensão de abortamento. Sozinha, e parecendo saber que seus familiares não apoiariam a decisão de interrupção da gravidez, ela tomou uma caixa inteira de comprimidos para hipertensão no intuito de realizar o aborto, mas o procedimento não funcionou. Depois disso, há informação de que Ingriane teria tentado novamente o abortamento com a inserção de uma agulha de tricô em seu útero, mas novamente sem resultado²³⁵.

Com quatro meses de gravidez procurou, então, um serviço de abortamento ilegal, contratando-o por R\$300,00, com a inserção de um talo de mamona em seu útero. Ingriane teria recebido instrução de puxar uma corda que estaria amarrada na mamona, mas a corda se desprendeu e a mamona permaneceu dentro de seu corpo, provocando grave infecção. Ingriane permaneceu em um quarto na casa de sua tia durante três dias, período de intensificação da infecção. Mesmo com muita dor, Ingriane insistia para a família que apenas sentia dor de barriga. Na terceira noite após o procedimento Maria Aparecida Barbosa, tia de Ingriane, a encontrou com os lábios roxos dizendo “acho que estou morrendo”²³⁶.

Ingriane foi encaminhada ao hospital já com a infecção em sua corrente sanguínea. O feto e o talo de mamona foram expelidos no dia 9 de maio, por meio de cirurgia de curetagem, com Ingriane apresentando calafrios e pressão baixa. Com infecção generalizada, ela permaneceu internada no Hospital Alcides Carneiro por sete dias e depois não resistiu, vindo à óbito no dia 16²³⁷.

²³⁴ ANDREONI, Manuela; LONDOÑO, Ernesto. *Mulher não conta que tentou abortar e morre após hemorragia; STF discute descriminalização*. Bol Notícias. Mídia digital. Publicada em 06/08/2018. Disponível em: <https://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/internacional/2018/08/06/mulher-nao-counta-que-realizou-aborto-e-morre-apos-hemorragia-stf-discute-descriminalizacao.htm>. Acesso em: 14/01/2019, p. 1

²³⁵ Ibid., p. 1.

²³⁶ Ibid., p. 1

²³⁷ RICKLY, Aline; SOARES, Fernanda. *Grávida de quatro meses morre após fazer aborto em casa e suspeita de realizar procedimento é presa*. G1. Mídia Digital. Publicada em: 20/07/2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/regiao-serrana/noticia/2018/07/20/gravida-de-quatro-meses-morre-apos-fazer-aborto-em-casa-e-suspeita-usar-talo-de-mamona-e-presa.ghtml>. Acesso em: 29/01/2019, p. 1

O laudo de exame de necropsia juntado ao inquérito policial instaurado para investigar a prática do aborto cita como causas da morte endometrite bacteriana e abortamento, e indica que como meio ou instrumento que causou a morte “doença”.²³⁸ A indicação da palavra doença parece seguir a argumentação que insiste na naturalização de mortes evitáveis sendo, neste caso, o resultado de uma política legislativa repressora penal que, na realidade, deveria figurar como causa da morte de Ingriane.

O evento causou comoção na cidade de Ingriane, com muitos moradores reagindo ao óbito com indignação e desprezo, o que levou sua família a realizar sua cerimônia de sepultamento em uma cidade distante, com discrição e escolha de um túmulo anônimo em um pequeno cemitério. A ausência de compreensão também foi identificada por parte dos familiares, sendo passível de espanto o depoimento de sua tia indicando que “queria que ela tivesse sobrevivido para que fosse presa e aprendesse a ser responsável”²³⁹.

A morte de Ingriane reflete a moralidade conservadora presente na sociedade, que acredita possuir valores superiores à vida perdida. Ingriane foi vítima de morte evitável por situação de abortamento, se viu morrendo sozinha, com medo de pedir amparo aos próprios familiares. O luto das pessoas próximas ganha contornos discretos e convive com medo àqueles que não o legitimam.

Os casos de Alyne e Ingriane mostram a perpetuação do cenário de desrespeito com os direitos das mulheres, especialmente das mulheres negras e de baixa renda. Continua-se produzindo violência e maus tratos diante dos momentos da gravidez e abortamento. As mortes evitáveis têm aumentado entre mulheres negras no Brasil, e os índices gerais têm piorado em localidades como a cidade do Rio de Janeiro, que situou os dois casos analisados, com a demonstração da existência de um quadro de violência institucional que acompanha as mulheres.

Contar estas histórias significa dar rosto a tantos rostos desconhecidos e iluminar sonhos e dores vivenciados que não cabem nas estatísticas e nem mesmo podem ser desvendados por causas médicas, sociais e econômicas. Adentrar em pequenos fragmentos destas histórias permite suscitar o medo, a angústia e a dor que elas carregam. Mas além de íntimas, elas também fazem parte de um contexto político nacional de produção e aceitação de mortes, que passará a ser abordado.

²³⁸ Ibid., p. 1; MPRJ. Procedimento instaurado pela Promotoria de Justiça e Investigação Penal de Petrópolis.. Nº MPRJ 2018.00529620. Nº Externo 105-02911/2018.

²³⁹ ANDREONI, Manuela; LONDOÑO, Ernesto. Op. cit., p. 1.

4.

A morte materna e a seleção das vidas vivíveis

4.1.

Violação de direitos e política de morte no sistema de saúde

A morte materna carrega em si violência, sofrimento e silenciamento. Altos índices de mortalidade materna são constatados todos os anos sem que este cenário reverbere politicamente, sem que se rompa com o silêncio das mortes maternas evitáveis mas não evitadas e sem que se revele a opção do Estado pela produção e aceitação deste cenário de morte. Por trás das histórias desconhecidas de mulheres que tiveram suas vidas perdidas atesta-se o desvalor atribuído pelo Estado às mulheres e à vivência por estas da sexualidade e da reprodução.

O reconhecimento da evitabilidade da morte materna e de sua ocorrência persistente ao longo dos anos, com aumento de casos entre mulheres negras e em localidades específicas do país, como é o caso do Rio de Janeiro, permite escancarar a desigualdade social, o sexismo e o racismo que moldam as bases de nossa sociedade intitulada democrática e garantidora de direitos fundamentais. A mortalidade materna é suscitada, neste panorama, enquanto indicador de uma conjuntura política e social mais ampla, que distancia-se, no acelerado processo neoliberal capitalista, dos ideais de igualdade e dignidade. Revela opressões múltiplas e distintas que são endereçadas às mulheres. Enquanto indicador social e político, a morte materna demonstra um contexto de violência vivenciado por mulheres e, em especial, por mulheres negras e de baixas classes sociais, que mostra a ausência de adoção de esforços eficazes por parte do Estado para garantir assistência à saúde e desvela iniquidades no amparo médico.

Se ações foram constatadas no âmbito da saúde para enfrentar a temática, com a consolidação do SUS a partir da Constituição Federal de 1988 e de projetos e políticas voltadas especificamente à redução da mortalidade materna, verifica-se, atualmente, uma mudança de rumo, com a redução de verbas para a saúde e o congelamento de gastos sociais por 20 anos, em meio a um contexto de

acentuação do autoritarismo e do conservadorismo moral. A negligência e o descaso atestados neste cenário de mortes evitáveis são, então, intensificados.

Cumprindo indicar que não se pretende com a presente abordagem buscar responsabilização dos agentes de saúde por este amplo contexto de produção de mortes e violência. Muito pelo contrário. Atesta-se que o esforço político levado à cabo por segmentos profissionais do sistema de saúde, com a efetivação de medidas imperiosas para o enfrentamento do cenário atual de produção de mortes maternas evitáveis, vem sendo sufocado pela diretriz institucional de sucateamento da saúde pública e de desmonte do SUS. Cumprindo frisar e enaltecer os projetos levados à cabo para reduzir o número de mortes maternas, em parte suscitados no primeiro capítulo, dentre os quais destaca-se a adoção do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que prevê ações estratégicas como a expansão da atenção básica por meio da ampliação da Estratégia Saúde da Família, a expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal, a formação de doulas, o apoio a Centros de Parto Normal e a implementação e apoio das ações de vigilância do óbito materno, através dos Comitês de Morte Materna²⁴⁰.

Suscita-se também a instituição da Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, a implementação da Rede Cegonha e a incorporação dos óbitos maternos na lista de agravos de notificação compulsória nos serviços de saúde, como forma de buscar conceder visibilidade a este evento²⁴¹. Ainda, cumprindo destacar o importante papel endereçado aos Comitês de Mortalidade Materna, que são órgãos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que têm a função de analisar todos os casos de morte materna e apontar medidas de intervenção que permitam reduzir estes óbitos na região de sua abrangência. Os Comitês auxiliam a avaliar a qualidade da assistência à saúde ofertada às mulheres, subsidiando políticas públicas e ações de intervenção para melhorar a identificação do óbito enquanto materno e, assim, aprimorar a qualidade do serviço de saúde direcionado às demandas das mulheres relacionadas à gravidez e

²⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004, p. 9 a 12.

²⁴¹ MELO, Cristiane; AQUINO, Talita; SOARES, Marcela e outra. *Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança*. Ciência e Saúde Coletiva. 22(10):3457-3465, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3457.pdf>. Acesso em: 09/01/2019, p. 3458.

ao abortamento.²⁴² Tem-se o Comitê de âmbito nacional de investigação de morte materna e Comitês estaduais, que traçam ações estratégicas, investigativas e informativas visando reduzir os números de morte materna²⁴³. Contudo, apesar da relevância da atuação dos Comitês, tem-se identificado que em muitas localidades estes não se encontram efetivamente ativos. Dos 24 Comitês implementados nos Estados, apenas 14 estariam em funcionamento de acordo com estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU).²⁴⁴

Embora exista esforço e comprometimento por parte de segmentos de profissionais de áreas médicas, que veiculam projetos concretos para redução da morte materna, tais projetos cada vez mais têm sido desestruturados e desativados, em meio a um contexto nacional de desvalorização da saúde pública e de negligência estatal para com as vidas ceifadas, que desvela uma orientação política por trás das mortes maternas evitáveis mas não evitadas. O Estado, menosprezando a saúde reprodutiva e a prioritária atenção que deve ser concedida às mulheres nos períodos de pré e pós natal, guarda para elas ações negligentes e discriminatórias, revelando um quadro de sistemática violação de direitos humanos e de produção de mortes. Nas palavras de Samanta Rodrigues, integrante do Grupo Mães do Hospital de Acari, que vivenciou a perda da sobrinha de 16 anos por morte materna, “a mulher negra, pobre, oriunda de comunidade, é assassinada nas maternidades municipais do Rio de Janeiro até hoje”²⁴⁵.

Múltiplos direcionamentos convergem para a conformação política deste amplo cenário de negligência e violência que produz mortes evitáveis. Dentre estes tem-se a criminalização do aborto como importante fator. Considerar como crime a interrupção da gravidez realizada por uma mulher retira desta o poder de decisão sobre seu próprio processo reprodutivo, intervindo em sua autonomia, vida privada e planejamento familiar. Mais do que isso: vulnera o direito à saúde,

²⁴² BRASIL. Secretaria de Saúde do Paraná. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação dos Comitês de Mortalidade*. 2005. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/vigilanciaecomiteobitomaternalinfantilefetal.pdf. Acesso em: 14/01/2019, p. 18.

²⁴³ MARTINS, Ana Claudia; SILVA, Lélia Souza. *Perfil epidemiológico de mortalidade materna*. Revista brasileira de enfermagem, V. 71, supl.1. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf. Acesso em: 04/12/2019, p. 726.

²⁴⁴ MELO, Cristiane; AQUINO, Talita; SOARES, Marcela e outra. Op. cit., p. 3459.

²⁴⁵ JORNAL DO BRASIL. *A mortalidade materna no Rio aumentou nos últimos três anos, aponta relatório*. Mídia digital. Matéria publicada em 29/05/2017. Disponível em <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2017/05/29/mortalidade-materna-no-rio-aumentou-nos-ultimos-tres-anos-aponta-relatorio/>. Acesso em 24/07/2017, p. 1.

com os atendimentos (ou negativas de atendimentos) em casos de abortamento inseguro sendo permeados por idealizações e reprimendas morais, e refelete violação brutal ao direito à vida.

Como analisado no capítulo anterior, o tema do aborto hoje carrega preconceitos e pouquíssimas são as unidades que efetivamente realizam a interrupção nas hipóteses excepcionais autorizadas pela legislação, o que faz com que tanto nas hipóteses de aborto legal, quanto nas hipóteses de aborto ilegal as mulheres tenham que se submeter a métodos clandestinos, com risco patente à saúde e à vida. Assim, a criminalização do aborto, efetivada por meio de uma opção legislativa repressora penal, compõe o cenário de produção de mortes por parte do Estado. As mortes evitáveis por situação de abortamento clamam pela abordagem do tema a partir do prisma da saúde, com a indicação da questão enquanto uma das principais pautas de saúde pública hoje existentes, umbilicalmente relacionada com a efetivação do direito das mulheres de não morrerem por causas evitáveis. Chancela-se politicamente a morte de mulheres por situação de abortamento a partir da insistência pela criminalização da prática e da imposição do estigma do direito penal às mulheres que abortam. Neste sentido frisa a pesquisa nacional de aborto de 2016:

A julgar pela persistência da alta magnitude, e pelo fato do aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais, a resposta fundamentada na criminalização e repressão tem se mostrado não apenas inefetiva, mas nociva. Não reduz nem cuida: por um lado, não é capaz de diminuir o número de abortos e, por outro, impede que mulheres busquem o acompanhamento e a informação de saúde necessários para que seja realizado de forma segura ou para planejar sua vida reprodutiva a fim de evitar um segundo evento desse tipo.²⁴⁶

O teor da legislação penal brasileira foi questionado recentemente em relação ao aborto, sendo suscitada a inconstitucionalidade da criminalização da prática por meio da já referida ADPF n. 422. Em outro turno, medidas para ampliar a proibição têm também sido ventiladas, com a recente recuperação no Senado Federal de proposta de emenda constitucional até então engavetada que suscita a proibição do aborto em todos os casos, visando extinguir as hipóteses excepcionais de aborto legal²⁴⁷. A legislação penal brasileira em relação ao tema,

²⁴⁶ DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Op. cit., p. 659.

²⁴⁷ AGÊNCIA SENADO. *PEC que proíbe aborto pode ser emendada para incluir as exceções da lei atual*. Mídia digital. Matéria publicada em:

nos moldes que atualmente encontram-se em vigor, viola diversos compromissos internacionais ratificados pelo Brasil, como o Programa de Ação do Cairo, a Plataforma de Ação de Beijing, a Recomendação Geral n. 24 do Comitê CEDAW sobre Mulheres e Saúde, a Convenção CEDAW, a Convenção de Belém do Pará²⁴⁸, dentre outros documentos. O descumprimento das diretrizes firmadas no cenário internacional acerca da necessidade de revogação de legislações que criminalizem o aborto aponta, sobretudo, a forma com que o Estado brasileiro atua no tocante à proteção ou violação do direito à vida das mulheres.

O contexto geral de produção de mortes maternas e por situação de abortamento evitáveis demonstra a existência de um panorama nacional de desigualdade de gênero, que reflete a incapacidade do Estado de garantir programas e políticas públicas de saúde destinadas a eventos que apenas podem ser vivenciados por mulheres e que insiste na discriminação e violência de gênero a partir da criminalização do aborto²⁴⁹. Contudo, não é apenas a desigualdade de gênero que é evidenciada a partir da temática da mortalidade materna, já que esta é reconhecida enquanto indicador geral de desigualdades sociais. Neste sentido, a produção de mortes evitáveis e a constatação de seu aumento diante de determinadas variáveis aponta para uma condição geral, nos termos sugeridos por Greice Menezes, médica e pesquisadora da Universidade Federal da Bahia, de acirramento de desigualdades sociais no Brasil²⁵⁰.

Integra este panorama geral de morte de mulheres por causas evitáveis os recentes acontecimentos, levados a cabo principalmente a partir de 2016, que apontam para a diminuição de verbas para a área da saúde. Neste escopo, a Emenda Constitucional 95 representa uma mudança drástica de rumos para a saúde das mulheres e da população brasileira em geral, sendo um mecanismo capaz de intensificar desigualdades e ampliar o cenário de violência até então verificado. Greice Menezes comenta a gravidade dos índices de morte materna, ressaltando aspectos políticos e econômicos e indicando que a piora deste quadro

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/02/15/pec-que-proibe-aborto-pode-ser-emendada-para-incluir-as-excecoes-da-lei-atual>. Acesso em: 22/02/2019, p. 1.

²⁴⁸ ADVOCACI. Op. cit., p. 80/81.

²⁴⁹ Ibid., p. 28.

²⁵⁰ BARRUCHO, Luiz; PASSARINHO, Nathalia; IDOETA, Paula. *Governo Bolsonaro: o Brasil que novo presidente vai herdar em 10 gráficos*. BBC Brasil. Mídia digital. Matéria publicada em 31/12/2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45761506>. Acesso em: 12/01/2019, p. 1

é “um reflexo de políticas recentes de ajuste fiscal e da pobreza, da exclusão social, do desfinanciamento do SUS, da falta de insumos (médicos), das distâncias enormes que mulheres (no interior) têm de percorrer em caso de complicação obstétrica e da desestruturação das redes de serviço de pré-natal”²⁵¹.

Uma análise atenta ao contexto do orçamento da área da saúde permite aclarar o argumento referente ao projeto político de morte efetivado pelo Estado. Mortes maternas são registradas em altos números e o panorama parece piorar. A Emenda Constitucional 95, também conhecida como a emenda do “Teto de Gastos”, foi aprovada em 2016 e instaurou um “Novo Regime Fiscal”, a partir da previsão do congelamento das despesas primárias do Governo Federal pelo período de 20 anos, excluindo apenas o pagamento de juros sobre a dívida pública. Pelo teor da Emenda passa a haver um teto para as despesas primárias de nível federal, tendo como base o valor das despesas previstas para o ano de 2016, que apenas será corrigido a cada ano pela inflação do período²⁵². As despesas com a saúde, que desde 2000 são vinculadas por determinação constitucional à receita apurada pelo Estado, passam a ser desvinculadas da receita e são congeladas no valor real de 2016 pelo período de longos 20 anos²⁵³ o que, inevitavelmente, acarretará a fragilidade ou perda dos avanços até o momento registrados e intensificará os efeitos nefastos do atual cenário da mortalidade materna.

Para compreender melhor as consequências que este novo contexto será capaz de provocar faz-se necessário analisar a razão de ser da vinculação da despesa da saúde com a receita promovida inicialmente pela Emenda Constitucional 29 e, depois, pela 86. Desde a promulgação da CF/88 e da instauração do SUS o tema do financiamento da saúde suscitou inúmeros debates, tendo sido constituído um consenso na área no sentido de que os principais desafios enfrentados pelo SUS envolvem financiamento e gestão, tema este que pressupõe investimentos, recursos financeiros suficientes e estáveis, além de decisão política²⁵⁴. Os dois desafios gravitam, então, em torno da dotação

²⁵¹ Ibid., p. 1.

²⁵² VIEIRA, Fabíola Sulpino e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá (Orgs.). *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. IPEA. Nota Técnica, N. 28, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 15/01/2019, p. 4/5.

²⁵³ Ibid., p. 7.

²⁵⁴ Ibid., p. 4.

orçamentária para a área da saúde, com a convergência das discussões acerca da temática para um ponto central: a insuficiência do financiamento do SUS para atender a população com base nos princípios firmados constitucionalmente da universalidade, integralidade e igualdade no acesso a serviços de saúde²⁵⁵.

Como forma de enfrentar a problemática, a Emenda Constitucional 29, do ano 2000, passou a estabelecer, no âmbito dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) percentuais mínimos para aplicação nas ações e serviços públicos de saúde por todas as unidades da federação, firmando também o destino obrigatório de parte da arrecadação de alguns impostos para o orçamento da saúde²⁵⁶. Através do estabelecimento de um piso para investimento na área da saúde, a Emenda 29, que permaneceu em vigor durante 15 anos, garantiu ao SUS estabilidade orçamentária e possibilidade de afirmação enquanto política nacional e universal²⁵⁷. O regramento previsto pela Emenda 29 foi alterado em 2015, por meio da Emenda Constitucional 86, já com um escopo de contenção dos gastos públicos com a saúde. Com a nova Emenda vinculou-se o mínimo de investimento na área da saúde a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, saindo de 13,2% desta Receita em 2016, prevendo-se chegar em 15% em 2020²⁵⁸.

No contexto assegurado por estas duas Emendas tem-se o investimento da saúde atrelado à receita estatal. Mesmo nestes moldes, o gasto público reservado à saúde já era considerado muito baixo. Uma comparação dos investimentos realizados no ano de 2015 na área de saúde demonstrou que o gasto público *per capita* com saúde do Brasil era menor do que o de países latino-americanos como Argentina e Chile, e 4 a 7 vezes menor do que outros países que também possuem sistema universal de saúde, como Reino Unido e França²⁵⁹.

²⁵⁵ Ibid., p. 4.

²⁵⁶ Ibid., p. 5, 6. Sobre os impostos, a Nota Técnica do IPEA explica que a emenda estabelecia que os estados deveriam destinar à saúde pelo menos 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios. Já os municípios deveriam aplicar em ASPS pelo menos 15% da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto de Transmissão Intervivos (ITBI), do Imposto sobre Serviços (ISS) e das transferências constitucionais feitas pela União e estados aos municípios. IN: VIEIRA, Fabíola Sulpino e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá (Orgs.). Op. cit., p. 6.

²⁵⁷ Ibid., p. 4, 5.

²⁵⁸ Ibid., p. 5.

²⁵⁹ Ibid., p. 17.

Contudo, valores que já eram considerados baixos serão ainda menores diante da nova realidade instaurada por meio da Emenda Constitucional 95, que realizou a desvinculação das receitas destinadas à saúde, prevendo, a partir do congelamento das despesas reais do Governo Federal, que tais despesas deixarão de acompanhar o crescimento da renda e o aumento populacional²⁶⁰. Seguindo as ponderações de Fábio Konder Comparato, Ingo Sarlet e outros, tem-se que, na palavra dos autores, a partir da Emenda 95, “a sociedade brasileira trocará, por vias oblíquas e inconstitucionais, as vinculações positivas de gasto mínimo em saúde e educação por uma vinculação negativa (gasto máximo)”²⁶¹. Deixa-se de prever um piso para saúde e passa-se a prever um teto, por meio de uma alteração considerada inconstitucional por violar direitos fundamentais.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) produziu uma nota técnica versando sobre as consequências que serão provocadas pela nova norma constitucional e sobre o impacto no orçamento da saúde que esta deve provocar. Cumpre-se esclarecer que o quantum de investimento em saúde nos próximos anos dependerá das taxas de crescimento real da receita, apurada pelo Produto Interno Bruto (PIB). Em razão da regra do congelamento, quanto maior for o crescimento do PIB, maior será a queda da relação entre investimento em saúde e receita. A partir de estimativas, se for atestada ao longo dos 20 anos de vigência da nova norma uma taxa de crescimento real do PIB de 2% ao ano, a perda para a área da saúde, ao final do período, será de R\$654 bilhões. Por outro lado, se o crescimento do PIB acompanhar a projeção atuarial do Regime Geral da Previdência Social (RGPS), constante no anexo da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a perda ao final de 20 anos será de R\$1 trilhão²⁶².

Como consequência, a nota técnica aponta para a redução do gasto público *per capita* com saúde em razão do congelamento real de despesas somado ao crescimento da população que, segundo dados do IBGE, chegará ao seu ápice em

²⁶⁰ ROSSI, Pedro e DWECK, Esther. *Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação*. Cadernos de Saúde Pública, 32(12):e00194316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>. Acesso em: 04/02/2019, p. 1, 2.

²⁶¹ COMPARATO, Fábio Konder; TORRES, Heleno Taveira; SARLET, Ingo e outra. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis*. Consultor Jurídico. Mídia digital. Matéria publicada em: 27/07/2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 20/11/2018, p. 1.

²⁶² VIEIRA, Fabíola Sulpino e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Op. cit., p. 10 e 12.

2042 com 228,4 milhões de habitantes. Ainda de acordo com a projeção atuarial de crescimento do PIB do RGPS, em 2036 o gasto *per capita* com saúde será, seguindo as normas da Emenda 95, de R\$ 411. Em contraposição, se a regra da Emenda 86 permanecesse, chegaríamos a tal ano com R\$ 822 de gasto *per capita* em saúde²⁶³. Agravando a conjuntura, tem-se que a população idosa do país em 2036 representará quase o dobro da atual, implicando em maiores necessidades de acesso a serviço de saúde²⁶⁴. Neste panorama, a nota técnica aponta para o aumento das iniquidades no acesso a serviços de saúde o que afetará desproporcionalmente os grupos sociais mais vulneráveis²⁶⁵ e importará em um contexto acentuado de violação de direitos. A nota técnica sublinha o cenário de violência que será intensificado a partir da nova diretriz constitucional, indicando que “como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e dos gastos com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país”²⁶⁶.

Em razão da nova norma e do congelamento de gastos por ela imposto, os efeitos no orçamento da saúde já se fazem presentes. A partir do ano de 2017 o orçamento federal da atenção básica de saúde passou a ter aportes decrescentes. Após um leve decréscimo atestado na atenção básica no ano de 2017, em 2018 esta diminuição já se mostrou mais significativa, com cerca de 1,5 bilhões a menos do que a verba do ano anterior²⁶⁷. Em 2018 também atestou-se redução do orçamento federal destinado à assistência hospitalar e ambulatorial, com cerca de 3 três bilhões de redução em relação ao orçamento de 2017²⁶⁸.

Os impactos orçamentários já verificados em razão da nova norma constitucional e a projeção de perda de recursos nos próximos 20 anos na área da saúde integram uma conjuntura de diminuição e sucateamento do SUS. Em paralelo, decisões políticas relacionadas à gestão da saúde pública também têm apontado na direção da diminuição da qualidade do serviço e da perda de sua universalidade. Em relação à atenção básica destaca-se, neste sentido, a nova

²⁶³ Ibid., p. 13.

²⁶⁴ Ibid., p. 20.

²⁶⁵ Ibid., p. 14.

²⁶⁶ Ibid., p. 21

²⁶⁷ BRASIL. Portal da Transparência. *Saúde*. Controladoria-Geral da União. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude>. Acesso em: 04/11/2018.

²⁶⁸ Ibid.

Política Nacional de Atenção Básica de 2017, alvo de crítica por organizações da saúde historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, que apontam que a nova Política Nacional promove a relativização da cobertura universal da atenção básica e parece revogar a prioridade concedida até então para a Estratégia Saúde da Família, programa que, como apontado no primeiro capítulo, permitiu ampliar a cobertura em saúde e consolidar uma atenção básica forte²⁶⁹. Neste contexto, a prefeitura do Rio de Janeiro anunciou em 2018 um plano de reestruturação da atenção básica do município com o corte de 184 equipes de saúde da família²⁷⁰, o que levou o Ministério Público do Rio de Janeiro a encaminhar ofício e iniciar atuação administrativa na tentativa de reversão dos anunciados cortes²⁷¹.

O cenário exposto não deixa dúvidas: o Estado brasileiro, furtando-se dos compromissos assumidos internacionalmente de garantia de direitos humanos e de direitos no campo da saúde, tem adotado sólida posição no sentido de esvaziar as estruturas materiais existentes comprometidas com assistência integral e universal de saúde e tem firmado a negativa do valor da saúde e da vida, em um contexto de produção de mortes já em curso, que inevitavelmente irá se acentuar.

A médica e pesquisadora Greice Menezes ressalta o que já é consenso há tempos na área da saúde, firmando intrínseca relação entre saúde primária e morte materna. Nas suas palavras tem-se que as restrições à saúde primária e ao funcionamento das equipes de saúde da família trazem impactos negativos ao contexto nacional da mortalidade materna, já que “o agente de saúde da família conhece a área, identifica as gestantes, faz busca ativa da gestante no pré-natal. A limitação desse tipo de trabalho certamente vai refletir nas taxas”²⁷².

²⁶⁹ MAROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica e LIMA, Luciana. *Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde*. Saúde debate, V. 42, N. 116, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 16/01/2019, p. 12 e 13.

²⁷⁰ JUNQUEIRA, Flávia. *Prefeitura anuncia o corte de 239 equipes de saúde da família e saúde bucal na cidade do Rio*. Jornal Extra. Mídia digital. Matéria publicada em 30/10/2018. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/prefeitura-anuncia-corte-de-239-equipes-de-saude-da-familia-saude-bucal-na-cidade-do-rio-23200159.html>. Acesso em: 10/01/2019, p. 1.

²⁷¹ MPRJ. *MPRJ encaminha ofício à Prefeitura do Rio em que pede esclarecimentos sobre redução de atendimento nas unidades de saúde*. Mídia digital. Matéria publicada em 10/10/2018. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/65912>. Acesso em: 15/01/2019, p. 1

²⁷² MENEZES Greice. IN: COLLUCCI, Cláudia. *Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta de redução para 2030*. Folha de S. Paulo. Mídia digital. Matéria publicada em 13.08.2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-ja-reve-meta-de-reducao-para->

Na contramão do esperado e pactuado a partir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, o Brasil firma a diminuição do cuidado, a baixa do orçamento e se alinha com a violação de múltiplos direitos e com um quadro de acentuada violência, que transbordará para o contexto abordado da morte materna e por abortamento evitável. Como afirma o relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos, as mortes maternas poderiam ser evitadas em sua quase totalidade por meio de políticas de saúde rentáveis, ou seja, que possuem um pequeno custo em comparação com o impacto que produzem²⁷³. No entanto, a decisão política parece ser firmada no sentido de consentir com o cenário de mortes evitáveis, produzindo e acentuando o quadro existente. Neste sentido, aponta Fátima Oliveira em entrevista concedida ao referido relatório, indicando que “as mulheres morrem de parto porque os governos permitem. Em outras palavras, a morte materna é patrocinada pelos governos”²⁷⁴.

A temática da mortalidade materna é, então, suscitada no âmbito da justiça social, sendo este evento considerado propulsor de uma cadeia de violação de direitos das mulheres, incluindo vida, autonomia, acesso à informação sobre direitos sexuais e reprodutivos e todo um espectro mais amplo de direitos sociais que permitiriam a diminuição das desigualdades e da violência que incidem na base desta abordagem²⁷⁵. A partir dos índices gerais de morte materna evitáveis, que provavelmente irão se agravar nos próximos anos, o Estado firma atitude negligente e sedimenta para as mulheres a opção pelo fazer morrer, em meio a um cenário de violência institucional que é abordado pelo relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos:

A sistemática omissão do Estado em implementar políticas eficazes para reduzir a ocorrência de mortes maternas evitáveis pode caracterizar a sua falta de diligência e inércia diante de práticas de saúde que negligenciam, desrespeitam e desvalorizam a vida das mulheres. Esta tolerância sistemática e contínua do Estado revela um cenário de discriminação e violência institucional.²⁷⁶

Tolerar mortes evitáveis significa dismantelar a estrutura formal conquistada no âmbito do direito internacional e do direito interno e rechaçar o

2030.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa. Acesso em: 15/12/2018, p. 1.

²⁷³ ADVOCACI. Op. cit., p. 27.

²⁷⁴ Ibid., p. 56.

²⁷⁵ Ibid., p. 28.

²⁷⁶ Ibid., p. 41.

valor dos direitos humanos, deslegitimando as lutas das mulheres por existência e proteção legal. A morte de mulheres, em sua maioria negras e pobres, evidencia então um projeto político racista e assassino que ao não ecoar politicamente parece ser endossado pela sociedade. A urgência de uma responsabilidade comum desponta e com ela buscam-se caminhos para a compreensão crítica e o rompimento dos enquadramentos normativos que permitem o reconhecimento.

4.2.

Vidas precarizadas e mortes consentidas e indignas de luto

A conjuntura analisada de mortes evitáveis mas não evitadas revela uma dimensão política do corpo. Para além da inserção no âmbito da autonomia privada e da intimidade, o corpo é firmado politicamente, sendo suscitado a partir de seu potencial de aparição e reivindicação de condições para sua preservação²⁷⁷. Ainda, o corpo é identificado enquanto marco existencial que exprime formas de vulnerabilidade e potencial exposição à violência e à morte. Resgatando os questionamentos e as formulações propostas por Judith Butler, atenta-se ao corpo a partir de sua constituição social, de sua vinculação e exposição a outros corpos²⁷⁸. A partir deste olhar, o corpo é compreendido como *locus* de uma vulnerabilidade comum, que permeia e constitui sua materialidade a partir da confluência de campos diferenciados de poder²⁷⁹. Ao mesmo tempo em que o corpo depende de outros corpos, estando vinculado a estes, ele também encontra-se exposto a formas de violência e subjugação em razão desta relação fundante.

A partir da constituição social e política do corpo e de sua inter-relação com os demais corpos, a autora suscita a condição precária como categoria capaz de desvendar um atributo presente em todos os corpos, categoria esta que ganha contornos variados e acentua-se diante de contextos específicos de opressão. Nos termos propostos por Butler, todas as vidas são marcadas pela condição precária na medida em que demandam para sua manutenção a realização de condições

²⁷⁷ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas: Notas sobre uma teoria performativa de assembleia*. Tradução de Fernanda Siqueira. 1ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018, p. 31.

²⁷⁸ BUTLER, Judith. *Violência, luto y política*. Op. cit., p. 3.

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 16.

materiais e que se encontram sujeitas à violência e à morte²⁸⁰. A vida é dependente e fundamentalmente vulnerável, exigindo condições sociais e políticas que possibilitem sua garantia²⁸¹. A condição precária para a autora revela a própria constituição social do corpo e a constatação de que a vida apenas é viável diante de uma teia de proteção e de estruturação social mais ampla. Toda vida é precária por se encontrar condicionada, demandar abrigo, alimentos, suporte médico e conviver com a possibilidade de sofrer maus-tratos e morte.²⁸²

A condição precária é elencada, nesses termos, como um ponto de partida comum a todos os corpos, como um atributo compartilhado capaz de propiciar alianças e perspectivas comuns²⁸³. De acordo com a proposição da autora, todos dependem de infraestrutura e relações sociais capazes de manter e propiciar uma vida vivível, não sendo possível a dissociação da anunciada condição de dependência²⁸⁴. Nas palavras de Butler tem-se que “a dependência de criaturas humanas, de manter e sustentar uma vida com infraestrutura, mostra que a organização da infraestrutura está intimamente ligada a um senso profundo de manutenção da vida individual: como a vida é mantida como a vida é viável, com que grau de sofrimento e esperança”²⁸⁵. Neste sentido, atenta-se a condição precária como uma forma de compreender a dimensão materializada do corpo e a importância de redes e estruturas sociais e políticas para garantia da sobrevivência. Relaciona-se a condição precária, nestes termos, com a possibilidade de exposição à morte, o que ganha contornos distintos e se intensifica diante da desestruturação de serviços públicos e mecanismos de proteção no campo da saúde. A vida demanda atenção e amparo, sendo essencial a garantia de redes de infraestrutura e proteção para a viabilização da vida vivível.

Embora a condição precária figure como atributo comum, e como potencial elo de relação e aliança entre corpos e vivências distintas, a autora chama atenção à forma diferenciada e politicamente direcionada com que esta condição é distribuída no âmbito da sociedade. Assim, tem-se que esta condição é

²⁸⁰ Optou-se por utilizar no presente trabalho os conceitos de condição precária e precariedade seguindo a obra *Corpos em aliança e a política das ruas: Notas sobre uma teoria performativa de assembleia*.

²⁸¹ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 40.

²⁸² *Ibid.*, p. 31 e 45.

²⁸³ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 34.

²⁸⁴ *Ibid.*, p. 27.

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 27.

maximizada a certos corpos e formas existenciais. É o que ocorre, pois, no caso das mulheres vítimas de morte materna, que convivem com uma exposição diferenciada à morte a partir de um projeto político que opera a partir da negligência e da desestruturação das condições materiais que permitiriam evitar a morte evitável. Evidencia-se, de acordo com a autora, que embora a condição precária seja identificada enquanto um atributo compartilhado, ela é alocada de forma assimétrica na sociedade. A precariedade é, então, suscitada como uma condição politicamente induzida que recai sobre as vidas que não são consideradas valiosas e que são fadadas a suportar a privação de direitos e a exposição desigual à violência e à morte²⁸⁶. Nas palavras de Butler:

A precariedade é, portanto, a distribuição diferencial da condição precária. Populações diferencialmente expostas sofrem um risco mais alto de doenças, pobreza, fome, remoção e vulnerabilidade à violência sem proteção ou reparações adequadas. A precariedade também caracteriza a condição politicamente induzida de vulnerabilidade e exposição maximizadas de populações expostas à violência arbitrária do Estado, à violência urbana ou doméstica, ou a outras formas de violência não representadas pelo Estado, mas contra as quais os instrumentos judiciais do Estado não proporcionam proteção e reparação suficientes.²⁸⁷

Supõe-se, então, a precariedade como uma condição politicamente induzida mobilizada no âmbito de um projeto político estatal que, a partir de uma atuação discriminatória calcada nos eixos de gênero, raça e classe, acaba por selecionar as vidas que merecem viver. A violência e o controle efetivados pelo Estado a partir da mortalidade materna são identificados como uma forma de atuação do Estado que impõe às mulheres a redução de suas existências e a autorização para a não incidência dos direitos humanos, em um contexto em que o próprio valor da vida e a disposição à morte estão em constante disputa.

Os conceitos de condição precária e de precariedade são, nestes termos, formulados de modo articulado. Enquanto o primeiro faz referência a um atributo presente em todas as vidas, a partir da exposição ao outro, da dependência e da vulnerabilidade atentada em razão da própria composição corporal, o segundo conceito, atinente à precariedade, refere-se a uma forma acentuada, maximizada da vida precária, que é atestada diante de certas vidas. Nos dizeres de Butler tem-se que “a vida, concebida como vida precária, é uma condição generalizada, e sob

²⁸⁶ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 45/46.

²⁸⁷ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 41.

certas condições políticas, se torna radicalmente exacerbada ou radicalmente repudiada”²⁸⁸. O fracasso das instituições políticas e sociais e a desigualdade por este promovida ensejam a indução de uma precariedade exacerbada para populações específicas, com o aumento, desigualmente distribuído, da sensação de ser descartado e dispensado da ordem social²⁸⁹.

A exposição diferencial e preferencial à morte vivenciada por aqueles que suportam a precariedade politicamente maximizada enseja formas de pauperização da vida, com a dilaceração de condições materiais necessárias à garantia de direitos. Aqueles que vivenciam a precariedade são obrigados a recorrer ao Estado, responsável primordial pela indução política desta experiência de vulnerabilidade acentuada, para clamar por proteção. O contexto de exposição à violência levado à cabo por decisões políticas estatais muitas vezes apenas pode ser denunciado ao próprio Estado, que figura como agente de maximização da precariedade e, em muitos casos, como o único ente que aqueles que vivenciam esta condição se encontram aptos a recorrer. Este contexto de acentuação da condição precária leva, então, nas palavras de Butler, as populações que o vivenciam a “recorrem ao Estado em busca de proteção, mas o Estado é precisamente aquilo do que elas precisam ser protegidas”²⁹⁰.

A vulnerabilidade identificada por meio da condição precária não é, todavia, apreendida em sua totalidade. Na base da presente análise reside uma crítica à violência produzida e perpetuada pelo Estado, além das demais formas constitutivas de violência desencadeadas a partir de contextos mais amplos admitidos pela atividade estatal, e no centro desta crítica identifica-se o questionamento acerca de que vidas são passíveis de serem apreendidas em sua precariedade e necessidade de amparo, e que vidas não são visíveis desta forma²⁹¹. Verifica-se, nesta abordagem, que nem todas as pessoas contam como sujeito²⁹².

A distribuição desigual da precariedade politicamente induzida implica, também, no reconhecimento desigual da própria condição de sujeito. Resgata-se, neste sentido, a abordagem iniciada no primeiro capítulo referente aos esquemas normativos presentes na constituição do sujeito. Atentar à condição precária e à

²⁸⁸ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 78.

²⁸⁹ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 21 e 28.

²⁹⁰ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 46/47.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 82.

²⁹² *Ibid.*, p. 54.

precariedade politicamente induzida pressupõe o questionamento acerca de quais vidas contam como vidas, ou seja, de quais vidas são passíveis de figurarem enquanto sujeito de direitos humanos e alvo de proteção estatal, e quais podem ser descartadas por não se amoldarem às normas dominantes que estruturam o reconhecimento do humano. Existe, como insiste Butler, “um campo distinto do humano que permanece irreconhecível, de acordo com as normas dominantes, mas que é obviamente reconhecível dentro do campo epistêmico aberto pelas formas contra-hegemônicas de conhecimento”²⁹³.

A análise de tais formulações suscita a compreensão crítica dos enquadramentos que permitem o reconhecimento do humano e das operações de poder que encontram-se em sua base. Os enquadramentos atuam diferenciando as vidas que podem e as que não podem ser apreendidas²⁹⁴. Neste ponto, cumpre distinguir, nos termos sugeridos por Butler, os atos de apreensão e de reconhecimento da vida. A apreensão pode significar um registro, uma marca ou uma forma de reconhecimento sem pleno reconhecimento, sendo, portanto, menos precisa. Em seu turno, o reconhecimento é considerado mais forte e implica uma relação entre sujeitos. As normas de reconhecimento facilitam o ato de apreensão, mas não o limitam, podendo o ato de apreensão se tornar ele próprio a base para a crítica das normas de reconhecimento. Por sua vez, existem condições gerais, historicamente articuladas, que permitem a preparação do sujeito para o reconhecimento, tratando-se de convenções ou normas gerais que moldam um ser em um sujeito passível de reconhecimento. Tais normas, que constituem nas palavras de Butler a “condição de ser reconhecido”, não são fechadas, apresentando, na realidade, a possibilidade de falibilidade e de ruptura²⁹⁵.

Revela-se que as vidas que não se enquadram na moldura normativa do humano acabam por desafiar a experiência do viver a partir de um estado espectral, proposto por Butler, de ausência de vida. Para a autora, estas vidas tratadas como irreais já estão perdidas ou nunca sequer foram vidas, devendo ser mortas por seguirem vivendo, teimosamente, em um estado contínuo de falta de vida²⁹⁶. A compreensão da vida e da morte dependem, então, dos anunciados

²⁹³ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 43.

²⁹⁴ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 17.

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 18/19.

²⁹⁶ BUTLER, Judith. *Violência, luto y política*. Op. cit., p. 10.

enquadramentos epistemológicos do humano. Fora da moldura fixada pelo enquadramento tais conceitos não podem ser completamente assimilados:

Uma vida específica não pode ser considerada lesada ou perdida se não for primeiro considerada viva. Se certas vidas não são qualificadas como vidas, ou se, desde o começo, não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras²⁹⁷.

A análise do enquadramento evidencia as vidas que são reconhecíveis, mas, mais do que isso, deixa clara a existência de vidas fora das margens dominantes que engendram o reconhecimento. As normas existentes acabam por atribuir reconhecimento de forma desigual, formando um campo de reconhecimento que se constitui primordialmente pelo que exclui, ou seja, pelas vidas que mantém fora do enquadramento²⁹⁸. Desta forma, atesta-se, a partir de uma aproximação de Butler com Foucault, que as normas que permitem o reconhecimento são formulada através de modos de poder que visam normalizar certas versões do humano em detrimento de outras.²⁹⁹ A questão gravita, então, em compreender como o poder configura o campo de reconhecimento do sujeito:

Se certas vidas são consideradas merecedoras de existência, de proteção e passíveis de luto e outras não, então essa maneira de diferenciar as vidas não pode ser entendida como um problema de identidade nem sequer de sujeito. Trata-se, antes, de uma questão de como o poder configura o campo em que os sujeitos se tornam possíveis ou, na verdade, como eles se tornam impossíveis. E isso implica uma prática crítica de pensamento que se recusa a aceitar sem discutir o enquadramento da luta identitária que pressupõe que os sujeitos já existem, que ocupam um espaço público comum (...).³⁰⁰

No contexto atual de privação de direitos e ampliação da violência e, no âmbito da temática da morte materna, de produção e aceitação de mortes evitáveis de mulheres em altos números por meio de decisões políticas do Estado, atenta-se à ampliação da precariedade. A partir de Butler nota-se uma possível situação biopolítica contemporânea de precarização acentuada, em geral induzida por instituições governamentais e econômicas, que acaba por levar populações à

²⁹⁷ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 13.

²⁹⁸ Ibid., p. 20 e 112.

²⁹⁹ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 44.

³⁰⁰ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 231/232.

insegurança e à desesperança³⁰¹. A proteção ou desamparo da vida perpassam a regulação da racionalidade do mercado e atesta-se a presença de políticas que produzem condições sistemáticas de negligência que acabam por permitir que pessoas morram³⁰². Butler realiza tais considerações recordando as estratégias de biopoder formuladas por Michel Foucault.

Assim, a partir de Butler resgato a concepção sobre o poder desenvolvida por Foucault para atentar à temática da morte materna e à estrutura de nosso sistema de saúde, organizado de modo a acentuar iniquidades sociais e raciais e a produzir mortes evitáveis. A teoria clássica da soberania é identificada pelo autor a partir da atuação do soberano na perspectiva do *fazer morrer* ou *deixar viver*. O direito de causar a morte é verificado, na época clássica, a partir de uma relação assimétrica imposta pelo soberano, que teria o poder de se apoderar da vida para suprimi-la³⁰³. Este poder de causar a morte é, nos termos delineados por Foucault, complementado, permeado e modificado por uma outra forma de poder, atestada a partir do século XIX, que é exercida sobre a vida. Esta forma de poder é identificada com o brocado inverso ao da formulação clássica de poder exercido pelo soberano. Fala-se em *fazer viver* e *deixar morrer*. As duas formas de poder verificadas não se anulam mas, ao contrário, se interpenetram³⁰⁴.

Foucault versa, então, sobre duas técnicas de poder. A primeira, que tem como foco o corpo, o humano individualmente considerado, é baseada na disciplina e na vigilância³⁰⁵. Nos termos firmados pelo autor esta técnica “centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos”³⁰⁶. A outra técnica da poder estrutura-se na gestão calculista sobre a vida humana, na regulamentação e no controle das eventualidades e deficiências associadas ao exercício da vida³⁰⁷. Como indica Foucault, esta modalidade de poder “centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como

³⁰¹ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 21.

³⁰² Ibid., p. 17/18.

³⁰³ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999, p. 128.

³⁰⁴ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. 1ª Edição 1999, 4ª Triagem. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 287.

³⁰⁵ Ibid, p. 288/289.

³⁰⁶ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Op. cit., p. 131.

³⁰⁷ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Op. cit., p. 295/296.

suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: *uma bio-política da população*³⁰⁸.

No primeiro caso tem-se a disciplina como mecanismo central do poder e no segundo tem-se a regulamentação como seu eixo primordial, a ser exercida não sobre o indivíduo particular, mas sobre a população. O autor pontua que estas formas de exercício do poder, por não estarem no mesmo nível, articulam-se entre si³⁰⁹. Com isso, o exercício do poder sobre a morte passa a ser encoberto pela gestão da vida³¹⁰ e, então, ganham repercussão fenômenos que não abatem brutalmente a vida, mas que de forma permanente são nela introduzidos, corroendo-a, diminuindo-a e enfraquecendo-a³¹¹.

No âmbito deste poder que tem como objeto a vida, e que visa sua prolongação através da regulamentação, o direito de fazer morrer é suscitado pelo autor a partir da categoria de racismo de estado. Afinal, nos termos indagados por Foucault, “como um poder que tem essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer?”³¹². O racismo, inserido nos mecanismos estatais a partir da emergência do biopoder, é identificado enquanto estrutura apta a efetivar um corte, uma ruptura, uma fragmentação no domínio do poder sobre a vida, separando o que deve viver e o que deve morrer³¹³.

A morte do outro é, nesta perspectiva, associada à preservação da própria vida, à continuação da espécie. É ela que propiciará uma vida mais sadia e pura³¹⁴. Nestes termos, o racismo é verificado enquanto condição para o exercício do direito clássico do soberano de matar³¹⁵. Nas palavras do autor:

Tirar a vida, o imperativo da morte, só é admissível, no sistema do biopoder, se tende não à vitória sobre os adversários políticos, mas à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação, da própria espécie ou raça. A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização³¹⁶.

³⁰⁸ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Op. cit., p. 131.

³⁰⁹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Op. cit., p. 299.

³¹⁰ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Op. cit., p. 131.

³¹¹ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Op. cit., p. 291.

³¹² *Ibid.*, p. 303/304.

³¹³ *Ibid.*, p. 304.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 305.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 305/306.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 306.

O recorte efetivado entre as vidas por meio do racismo, determinando a aceitabilidade do direito de matar não deve ser compreendido, nos termos propostos por Foucault, tão somente como a possibilidade de assassinio direto, mas também por meio da exposição à morte, da multiplicação para alguns do risco de morte ou da efetivação da morte política³¹⁷. Neste sentido, tem-se que o exercício do poder por meio do racismo interfere diretamente na análise da temática da morte materna e na compreensão da aceitabilidade das mortes experienciadas por mulheres que não alcançam a estrutura normativa da vida humana e que são alvos de uma política de morte efetivada pelo Estado.

Resgatando as formulações de Butler, considera-se que dentre as operações de poder que situam-se na base do enquadramento normativo que permite o alcance do status de vida humana encontra-se, como proposto por Foucault, a categoria do racismo de estado. Neste sentido, Butler questiona: “que normas racistas, por exemplo, operam para distinguir entre aqueles que podem ser reconhecidos como humanos e os que não podem?”³¹⁸ A distinção entre o humano e o não humano repercute na possibilidade ou não de luto político. A perda da *vida que não é vida* não possui repercussão política e é fadada à invisibilidade uma vez que se encontra encoberta por mecanismos de poder que forjam sua aceitabilidade, mecanismos estes que incluem formas de racismo³¹⁹.

A partir deste prisma, é possível associar a mortalidade materna à seleção das vidas que merecem viver e daquelas que são capazes de despertar lamento. O luto, identificado pela autora como uma forma de conexão com a vulnerabilidade do outro³²⁰, deixa de ser registrado diante das vidas que situam-se fora do enquadramento produzido pelas normas hegemônicas do humano. Nas palavras da autora, tem-se que “se uma vida não é digna de lamento, não é realmente uma vida. Essa vida não se qualifica como vida e não é digna de nota. É, de fato, (...) o insepultável”³²¹. A dimensão pública e simbólica do luto deixa de se fazer presente diante de perdas que não são consideradas perdas, sendo possível identificar, a partir da perspectiva da morte materna, a distribuição desigual do

³¹⁷ Ibid., p. 306.

³¹⁸ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 43.

³¹⁹ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 45.

³²⁰ BUTLER, Judith. *Violência, luto y política*. Op. cit., p. 8.

³²¹ Ibid., p. 11. Tradução livre do espanhol.

luto político³²². Este parece não ser capaz de alcançar as mortes vivenciadas no âmbito do sistema de saúde, que atingem mulheres em busca da garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos. Diante de tais mortes não há indignação ou comoção. Elas seguem sendo produzidas de modo calado e velado.

Cumprido frisar que a inexistência de luto público, enquanto ato político capaz de, nos termos propostos por Butler, proporcionar um sentido de responsabilidade coletiva ante a vulnerabilidade humana³²³, não significa que a morte da vida que não se subsume ao enquadramento dominante do que conta como humano não traga tristeza e comoção. Este sofrimento, embora presente, não é projetado e registrado politicamente. Como demonstra Thula Pires, a afirmação da existência de corpos sobre os quais normalmente não há luto não pressupõe a ausência de choro ou lamento. De acordo com a autora, existe corrosão por cada vida perdida mas esta nem sempre é reconhecida como dor válida e capaz de alcançar status político³²⁴.

Ainda seguindo as proposições de Butler, compreende-se a possibilidade de ser enlutado como um pressuposto para toda vida que importa³²⁵. Como indica a autora “uma vida não passível de luto é aquela cuja perda não é lamentada porque ela nunca foi vivida, isto é, nunca contou de verdade como vida”³²⁶. Neste sentido, tem-se a possibilidade de apreensão da condição de ser enlutado como condição que precede e que possibilita a apreensão de uma vida marcada pela precariedade³²⁷. O processo político de maximização da condição precária se torna passível de ser assimilado quando a morte daquele que experiencia a vivência precarizada desperta indignação e possibilita reivindicação pública e política por instâncias de justiça. O luto público encontra-se, então, associado à indignação perante a injustiça³²⁸, indignação esta que é regulada também por

³²² BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 65.

³²³ BUTLER, Judith. *Violência, luto y política*. Op. cit., 8.

³²⁴ PIRES, Thula. *Não solte a minha mão, que eu não soltarei a de vocês*. Empório Direito, Coluna Empório Descolonial, Coordenador Mário Berclaz, mídia digital, publicado em 19/03/2018. Disponível em: <http://emporioidireito.com.br/leitura/nao-solte-a-minha-mao-que-eu-nao-soltarei-a-de-voces>. Acesso em: 29/03/2018.

³²⁵ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 32/33.

³²⁶ *Ibid.*, p. 64.

³²⁷ *Ibid.*, p. 33.

³²⁸ *Ibid.*, p. 66.

enquadramentos normativos. A perda perceptível, nos termos propostos por Butler, depende de estruturas sociais e políticas que permitam esta percepção³²⁹.

A morte materna pode ser verificada, nesta perspectiva, como morte invisível, calada, consentida. Não trás consigo o luto em sua dimensão pública e não mobiliza responsabilidade coletiva frente as vidas perdidas. Estas mortes toleradas imprimem em si um modelo de Estado ainda ancorado no patriarcalismo, no racismo e na desigualdade, incapaz de nomear as mulheres vítimas de uma estrutura organizada para perpetuar violências e de empenhar esforços prioritários em programas e ações essenciais à saúde das mulheres. Por situarem-se fora das lentes que permitem a apreensão da vida em sua dimensão precária e fundante, as mortes maternas seguem adstritas à invisibilidade.

4.3.

Violência e imperiosa (re)afirmação dos direitos humanos

O anunciado contexto de produção de mortes evitáveis de mulheres revela a insuficiência e a limitação das normas abstratas de direitos humanos e a ausência de efetividade destas frente as mulheres concretas que experienciam formas múltiplas de violência e exposição à morte no sistema de saúde brasileiro. Ao mesmo tempo em que direitos formais são firmados e anunciados, em uma perspectiva de suposta valorização das mulheres e de vitória de suas reivindicações políticas sobre autonomia corporal e direito à vida, com o reconhecimento do status de direitos humanos aos direitos sexuais e reprodutivos, evidencia-se um direcionamento político cada vez mais claro no sentido da não consolidação dos acordos protetivos firmados nos âmbitos interno e internacional.

O Estado brasileiro foi responsabilizado pelo Comitê CEDAW em 2011 pela morte materna de Alyne Pimentel e até hoje não endossou ou efetivou as recomendações formuladas pelo Comitê, perpetuando e acentuando o quadro de produção de mortes evitáveis. Ademais, não alcançou as Metas de Desenvolvimento do Milênio no tocante à redução do número de mortes maternas e caminha no mesmo sentido em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável recentemente pactuados, demonstrando ausência de real

³²⁹ Ibid., p. 81.

comprometimento econômico e político com a saúde da mulher a partir da adoção de uma política de estigmatização de corpos e de precarização de vidas.

A negativa do direito à saúde das mulheres e a configuração do anunciado quadro de negligência existente na base da temática da mortalidade materna aponta para a ocorrência, nos termos sugeridos pelo relatório sobre Mortalidade Materna e Direitos Humanos, de discriminação e violência institucional em virtude da ausência de atenção à gestação, parto e situação de abortamento, ocasionando altos números de mortes evitáveis. Nos termos firmados pelo relatório tem-se que “a discriminação e a violência institucional são elementos de transversalidade na assistência à saúde das mulheres, e de extrema relevância para a análise da mortalidade materna na perspectiva dos direitos humanos”³³⁰. Neste contexto de generalizada discriminação e violência institucional, a morte materna é suscitada enquanto representação da falência da democracia nacional comprometida com os direitos humanos³³¹.

As mulheres que morrem de morte evitável não se amoldam ao enquadramento formulado através das normas dominantes do humano e, então, não são visualizadas enquanto sujeito dos direitos formulados abstratamente. Necessário, nessa perspectiva de violência disseminada, atentar criticamente às molduras normativas que forjam a intelegibilidade do humano, buscando formas de ruptura e de reafirmação dos direitos humanos a partir da perspectiva da insurgência e da busca por sua incidência e formulação em atenção às mulheres concretas que vivenciam a precariedade politicamente induzida, a violência e a disposição diferencial à morte.

Observando ainda as formulações de Butler, reconhece-se que os enquadramentos normativos que permitem o reconhecimento da vida deixam certas formas de vida fora daquilo que é enquadrado, havendo um resto de vida que não pode ser reconhecido enquanto vida mas que é passível de ser apreendido e, inclusive, promover impactos sobre os limites do reconhecimento. A produção da vida por meio dos enquadramentos dominantes é, então, sempre parcial e convive com a perturbação incessante das formas de vida não reconhecidas,

³³⁰ ADVOCACI. Op. cit., p. 58.

³³¹ Ibid., p. 62.

suscitadas pela autora enquanto o duplo ontologicamente incerto das vidas passíveis de reconhecimento³³². Nas palavras de Butler tem-se que:

Se uma vida é produzida de acordo com as normas pelas quais a vida é reconhecida, isso não significa nem que tudo que concerne uma vida seja produzido de acordo com essas normas nem que devamos rejeitar a ideia de que há um resto de “vida” – suspenso e espectral – que ilustra e perturba cada instância normativa da vida. A produção é parcial e é, de fato, perpetuamente perturbada por seu duplo ontologicamente incerto. Na realidade, cada instância normativa é acompanhada de perto por seu próprio fracasso, e com muita frequência esse fracasso assume a forma de uma figura. A figura não reivindica um estatuto ontológico determinado e, embora possa ser apreendida como “viva”, nem sempre é reconhecida como uma vida. Na verdade, uma figura viva fora das normas da vida não somente se torna o problema com o qual a normatividade tem de lidar, mas parece ser aquilo que a normatividade está fadada a reproduzir: está vivo, mas não é uma vida. Situa-se fora do enquadramento fornecido pela norma, mas apenas como um duplo implacável cuja ontologia não pode ser assegurada, mas cujo estatuto de ser vivo está aberto à apreensão³³³.

Ao versar sobre o enquadramento por meio de uma análise das molduras estabelecidas aos quadros, Butler insiste na exigência de se questionar a moldura, identificando que o enquadramento sempre deixa algo de fora e, apenas por isso, permite o reconhecimento do que está dentro. Neste sentido, a autora indica que algo sempre ultrapassa a moldura, não se ajustando à compreensão por ela estabelecida³³⁴. Ao se debruçar sobre os poemas escritos pelos prisioneiros de Guantánamo e sobre as fotografias de guerra que são recuperados e publicados alcançando contextos distintos daqueles em que originalmente foram produzidos, Butler aborda a estrutura iterável dos enquadramentos, que permite com que estes se desloquem no tempo e no espaço. Este deslocamento apenas é possível em razão de sua reprodutibilidade mas, esta reprodutibilidade intrínseca ao enquadramento demanda uma ruptura com o contexto inicial em que este foi produzido, com a delimitação de novos contextos³³⁵. Nas palavras da autora tem-se que “o enquadramento não mantém nada integralmente em um lugar, mas ele mesmo se torna uma espécie de rompimento perpétuo, sujeito a uma lógica temporal de acordo com a qual se desloca de um lugar para outro”³³⁶.

³³² BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 22.

³³³ Ibid., p. 22.

³³⁴ Ibid., p. 24.

³³⁵ Ibid., p. 26.

³³⁶ Ibid., p. 26.

A foto da guerra vista fora do contexto da guerra e o poema do prisioneiro lido além dos muros do cárcere representam um escape ao controle firmado através do enquadramento, criando condições para o florescimento de novas disposições éticas em face do conteúdo apresentado. A foto e o poema que escapam ao controle representam o escape ao contexto que enquadra o acontecimento³³⁷. Diante do novo contexto, o enquadramento se rompe para se manter viável, podendo colocar sua própria estrutura de inteligibilidade em questão.³³⁸ Assim, indica Butler que “o enquadramento rompe consigo mesmo a fim de reproduzir-se, e sua reprodução torna-se o local em que uma ruptura politicamente significativa é possível”³³⁹. Com o rompimento do enquadramento verificado em prol de seu estabelecimento, novas possibilidades de apreensão são evidenciadas³⁴⁰. Destaca-se, então, passagem descrita por Butler:

Quando esses enquadramentos que governam a condição de ser reconhecido relativa e diferencial das vidas vêm abaixo – como parte do próprio mecanismo de sua circulação –, torna-se possível apreender algo a respeito do que ou quem está vivendo embora não tenha sido geralmente “reconhecido” como uma vida³⁴¹.

A análise crítica dos enquadramentos existentes que permitem o reconhecimento de uma vida enquanto valiosa e passível de luto não demanda, deste modo, a busca pela ampliação ou esgarçamento do enquadramento, mas sim atenção às formas possíveis de sua ruptura, de modo a possibilitar a apreensão de formas de viver que até então não são consideradas vidas pelo enquadramento hegemônico³⁴². Assim como a foto da guerra e o poema do cárcere promovem essa ruptura, com a abertura de novas possibilidades de apreensão dos corpos que vivenciam a guerra e a prisão, supõem-se também que a nomeação de casos de morte materna e a escuta das mulheres que vivenciam experiências de violência³⁴³ na área da saúde seriam atos capazes de provocar a ruptura dos enquadramentos existentes e reivindicar novas formas de apreensão dos corpos de mulheres que

³³⁷ Ibid., p. 25.

³³⁸ Ibid., p. 44.

³³⁹ Ibid., p. 44.

³⁴⁰ Ibid., p. 28/29.

³⁴¹ Ibid., p. 28/29.

³⁴² Ibid., p. 28/29.

³⁴³ Atenta-se ao campo da escuta e ao potencial político que a partir dele se abre, mas estando este campo além do escopo do presente trabalho sugere-se para uma leitura aprofundada as obras “Relatar a si mesmo” de Judith Butler e “Pode o subalterno falar?” de Gayatri Spivak.

morrem de mortes evitáveis e sofrem com violência institucional, permitindo ultrapassar o silenciamento e despertar clamor e atenção política a estas mortes e casos de violência na vivência dos direitos sexuais e reprodutivos, suscitando o papel destas mulheres enquanto sujeito de direitos e postulando a efetividade dos direitos humanos que no plano abstrato são a elas direcionados.

O nome de Alyne foi suscitado perante um emblemático caso que tramitou perante o sistema internacional de direitos humanos e ensejou a responsabilidade do Estado brasileiro, e Ingriane foi recentemente nomeada na audiência pública realizada no STF no contexto da ADPF n. 422, que questiona a constitucionalidade da criminalização do aborto. O ato de nomear, de contar tais histórias e de reclamar uma compreensão política para estas mortes possibilita, juntamente com o ato de escuta das mulheres que sofrem casos de violência, conceder luz ao contexto calado de produção de mortes evitáveis e de tolerância à institucionalização da violência nas demandas de saúde, buscando fazer ecoar o projeto político presente em sua base e reivindicar status político a todas as vítimas de violência, morte materna e morte por situação de abortamento e, assim, romper os enquadramentos vigentes que impedem a apreensão das mulheres vítimas de casos de violência e de morte no âmbito da saúde.

A partir da possibilidade de rompimento e de apreensão diferenciada, suscita-se a reafirmação dos direitos das mulheres, a partir de ancoragem concreta e comprometida com as reais vítimas de violência e morte materna. Postula-se, então, o potencial de afirmação dos direitos humanos em uma perspectiva concreta e atenta aos eixos de opressão que se entrecruzam firmando o atual contexto de violação de direitos no campo da saúde. Busca-se nomear e conceder luz às mulheres que morrem de morte materna, bem como suscitar a escuta das mulheres que vivenciam casos de violência nas demandas de saúde e suas vivências e perspectivas para, então, reclamar a possibilidade de os direitos humanos as alcançarem e a partir delas se firmarem.

Neste sentido, em relação à temática da efetivação dos direitos humanos das mulheres institui-se a urgência na construção de novas bases epistemológicas que se mostrem capazes de conceder luz às violações estruturais de direitos humanos atestadas na sociedade e a traçar novos parâmetros normativas para o reconhecimento do humano e a incidência das normas humanísticas protetivas a partir do rompimento das molduras atualmente existentes que forjam a

inteligibilidade do humano, da afirmação política das mulheres vítimas de morte materna e da escuta das mulheres que experienciam histórias de violência na área da saúde. Ainda seguindo Butler, tem-se que “é apenas por meio de uma forma insistente de aparecer precisamente quando e onde somos apagados que a esfera da aparência se rompe e se abre de novas maneiras”³⁴⁴. A enunciação das mulheres vítimas de violência e morte no âmbito do sistema de saúde e a escuta de suas histórias, a partir da insistência em se conceder visibilidade ao contexto velado em a violência verificada por meio da morte materna é produzida implica, nestes termos, a busca pela aparição e pelo rompimento das formas possíveis de aparecer, como forma de se abrir novas perspectivas de alcance e apreensão do sujeito mulher vítima de violência e de morte evitável.

Resgatando-se Douzinas, tem-se que os direitos humanos podem ser compreendidos a partir de sua dupla-face, ou seja, se sua dupla capacidade tanto de proteger e emancipar, quanto disciplinar e dominar³⁴⁵. Suscita-se, neste sentido, o valor insurgente e o real significado dos direitos humanos associado à resistência e à luta contra a opressão, face que depende para sua efetivação da consolidação de estruturas reais hábeis a materializar seus ideais. Como indica Douzinas, embora o paradoxo seja a espinha dorçal dos direitos humanos, estes representam meio essencial para reivindicação de liberação das formas existentes de poder, devendo ser suscitados a partir da concretude daqueles que clamam por sua proteção. Nas palavras do autor tem-se que:

Apesar dos problemas, os direitos humanos representam também os principais instrumentos de que dispomos contra o canibalismo do poder público e privado e o narcisismo dos direitos. Os direitos humanos representam o elemento utópico por trás dos direitos legais. Os direitos constituem o alicerce de um sistema jurídico liberal. Os direitos humanos constituem sua reivindicação de justiça e, como tal, são impossíveis e prospectivos. Os direitos humanos são parasitas no corpo dos direitos, que julgam a seu hospedeiro³⁴⁶.

Sem afastar a leitura da morte materna a partir da lente dos direitos humanos, suscita-se este olhar a partir de um prisma concreto, que busque a partir da ruptura novas formas possíveis de apreensão dos sujeitos, com o resgate da potência insurgente presente na base dos direitos humanos. Uma abordagem que

³⁴⁴ BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas*. Op. cit., p. 44.

³⁴⁵ DOUZINAS, Costas. *O fim dos direitos humanos*. Op. cit., p. 186.

³⁴⁶ *Ibid.*, p. 252.

compreenda enquanto sujeito das normas humanísticas as mulheres concretas, constituídas através de eixos múltiplos e distintos de opressão, é o que se busca a partir da presente leitura da mortalidade materna a partir dos direitos humanos, projetando o potencial de crítica destes direitos e, sem abrir mão deles, reafirmando-os a partir da anunciação concreta e da busca pela efetividade prática.

Douzinas, por meio de uma interpretação entusiástica dos direitos humanos, resgata a utopia por trás destes a partir de Bloch, indicando o utopismo como um sonho com o futuro que, nas palavras do autor grego necessita ter sua potência reconhecida: “utopia é o nome para o grande poder da imaginação que encontra o futuro latente em cada produto cultural e preserva o cerne do entusiasmo radical em toda ideologia que critica”³⁴⁷. Se existem bases formais que atualmente garantem direitos às mulheres e exigem que um novo cenário seja constituído em relação ao direito de viver livre de morte materna evitável, suscitasse a afirmação deste cenário e sua consolidação na dimensão corpórea através da nomeação dos milhares de casos de morte materna evidenciados todos os anos no país, com a afirmação política das mulheres enquanto sujeito de direito e a adoção de políticas e ações capazes de reverter o rumo atualmente adotado e consolidar, então, o valor da vida das mulheres e a proteção destas contra a violência.

³⁴⁷ Ibid., p. 189.

5.

Conclusão

Considerando a materialidade do corpo e a sua exposição à violência e à morte atenta-se, seguindo as formulações de Butler, à precariedade da vida humana e busca-se um caminho possível para a tarefa ainda malsucedida de identificação com o outro e de criação de responsabilidades compartilhadas. A percepção da vida precária enquanto atributo comum como propõe Butler e o reconhecimento de sua maximização pelo maquinário estatal ante a corpos específicos impõe urgência na construção de novas bases epistemológicas que mostrem-se capazes de conceder luz às violações estruturais de direitos humanos atestadas em nossa sociedade e a traçar novos parâmetros normativas para o reconhecimento do humano e a incidência das normas humanísticas protetivas.

A morte materna verificada enquanto morte evitável reflete a opção do Estado pelo fazer morrer e escancara o desvalor associado às vidas ceifadas, tidas como desmerecedoras de investimentos em saúde básica e preventiva e, assim, de existência. A ausência de comoção pública pelas mortes maternas, de luto em seu sentido simbólico e transformador na instância social, reflete a hierarquia do luto identificada por Butler e conduz à necessidade de se pensar, como sugere a autora, maneiras possíveis de assunção de responsabilidade pela minimização da precariedade politicamente direcionada a corpos e existências³⁴⁸. Esta responsabilidade, como sugere Butler, deve buscar a afirmação concreta de condições materiais necessárias à realização da vida vivível, devendo concentrar-se, como expõe a autora “não apenas no valor desta ou daquela vida, ou na questão da capacidade de sobrevivência de modo abstrato, mas sim na manutenção das condições sociais de vida, especialmente quando elas falham”³⁴⁹. Nesta perspectiva, esta forma de responsabilização encontra-se atrelada a necessidade de constituição e priorização de medidas capazes de reorganizar as bases sociais e eliminar desigualdades estruturais, com a adoção de políticas

³⁴⁸ BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Op. cit., p. 57.

³⁴⁹ Ibid., p. 59.

afirmativas comprometidas com a realização do direito à saúde e a erradicação das iniquidades raciais, sociais e de gênero que atualmente a permeiam.³⁵⁰

Para a constituição desta responsabilidade compartilhada se faz necessária a abertura para novas formas possíveis de alcance do outro, sendo a potência oriunda do luto político suscitada enquanto caminho possível para uma apreensão mais igualitária das formas de viver. Ainda nos termos propostos por Butler, a perda seria capaz formar um “tênuê ‘nós’”³⁵¹, sendo um importante recurso para a afirmação política e para a construção de um sentido maior de comunidade e responsabilidade³⁵². Nesta busca, impõe-se a urgência à crítica das molduras que permitem a inteligibilidade do ser humano e das vidas passíveis de luto e a atenção às formas possíveis de sua ruptura. Se as cartas dos prisioneiros e as fotos do cárcere ao circularem e ultrapassem os limites que inicialmente foram concebidos poderiam, como propõe Butler, instaurar rupturas nos enquadramentos normativos hegemônicos, supõem-se também que a afirmação dos casos de morte materna e a transcendência do silenciamento imposto a tal evento, juntamente com a escuta das mulheres que vivenciaram histórias de violência na busca pela concretização de direitos sexuais e reprodutivos seriam atos capazes de suscitar novas bases para a apreensão e reconhecimento das mulheres concretas enquanto sujeito dos direitos humanos a ela endereçados no plano abstrato.

Neste deslinde entre morte, violência e invisibilidade, os direitos humanos distanciam-se das razões e lutas que motivaram sua criação. A efetividade do arcabouço protetivo dos direitos humanos, seu valor insurgente e seu real significado associado à resistência e à luta contra a opressão³⁵³ dependem, nestes termos, de novas bases epistemológicas capazes de romper com as molduras até então sedimentadas que forjam o reconhecimento parcial do humano. Novos caminhos, identificações e responsabilidades mostram-se necessários para iluminar a temática da mortalidade materna e reivindicar o valor das vidas humanas e o real significado dos direitos humanos.

A efetividade da normativa abstrata dos direitos humanos depende, nestes termos, de sua reafirmação a partir das vidas concretas que estão sofrendo com o

³⁵⁰ ADVOCACI. Op. cit., p. 51.

³⁵¹ BUTLER, Judith. *Violência, luto y política*. Op. cit., p. 2.

³⁵² *Ibid.*, p. 4 e 8.

³⁵³ DOUZINAS, Costas. Op. cit., p. 383.

controle e a morte. Enquanto seus termos não se mostrarem hábeis a atender e amparar demandas encarnadas, os direitos humanos não suscitarão esperança de alteração do quadro político de violência atualmente experienciado por mulheres, notoriamente mulheres negras e pobres, sendo necessária a abordagem destes direitos a partir de perspectivas concretas e atentas aos eixos de opressão que figuram na base de sua violação. Apesar dos avanços que vêm sendo identificados para redução dos índices de morte materna, muito ainda é preciso galgar para a real consagração do direito à saúde reprodutiva e para um direcionamento político efetivamente comprometido o valor da vida e da saúde das mulheres.

Neste contexto afirma-se a importância dos direitos humanos enquanto instrumento insurgente capaz de desvelar resistência e de abrir-se, por meio de rupturas, sendo suscitado para a alteração das políticas atualmente existentes que convergem para o sucateamento da saúde e a estigmatização de corpos através da criminalização do aborto. Assim, suscita-se o potencial dos direitos humanos de firmarem-se a partir da concretude e de concederem novas perspectivas frente ao anunciado cenário de produção de mortes evitáveis de mulheres. Para tanto, supõem-se a necessidade de ouvir as mulheres vítimas de violência e de nomear e expor as histórias de morte materna, para que os direitos abstratos voltados às mulheres possam pouco a pouco se corporificar e, por meio de rupturas e novas estruturas normativas, atentar a formas mais igualitárias de apreensão da vida, concedendo, então, proteção às mulheres concretas que clamam por proteção.

6.

Referências bibliográficas

ADVOCACI. *Mortalidade Materna e Direitos Humanos: As mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável*. Edições Advocaci. Rio de Janeiro, 2005.

AGÊNCIA SENADO. *PEC que proíbe aborto pode ser emendada para incluir as exceções da lei atual*. Mídia digital. Matéria publicada em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/02/15/pec-que-proibe-aborto-pode-ser-emendada-para-incluir-as-excecoes-da-lei-atual>. Acesso em: 22/02/2019.

AGUIAR, Janaina; d'OLIVEIRA, Ana Flávia e SCHRAIBER, Lilia. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 29, N. 11, pp. 2287-2296, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001100015&lng=pt&nrm=is. Acesso em 24/072017.

ANDREONI, Manuela; LONDOÑO, Ernesto. *Mulher não conta que tentou abortar e morre após hemorragia; STF discute descriminalização*. Bol Notícias. Mídia digital. Publicada em 06/08/2018. Disponível em: <https://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/internacional/2018/08/06/mulher-nao-counta-que-realizou-aborto-e-morre-apos-hemorragia-stf-discute-descriminalizacao.htm>. Acesso em: 14/01/2019.

BARRUCHO, Luiz; PASSARINHO, Nathalia; IDOETA, Paula. *Governo Bolsonaro: o Brasil que novo presidente vai herdar em 10 gráficos*. BBC Brasil. Mídia digital. Matéria publicada em 31/12/2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45761506>. Acesso em: 12/01/2019.

BRASIL. *Comissão Parlamentar de Inquérito Mortalidade Materna*. Relatora Dep. Elcione Barbalho, 2001.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.

_____. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. *Código Penal*.

_____. *Lei n. 9.263/96, 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.

_____. Ministério da Saúde. *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna*. Relatório final. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf. Acesso em: 03/12/2018.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/prevencao_a_gravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 03/12/2018.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

_____. Secretaria de Saúde do Paraná. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação dos Comitês de Mortalidade*. 2005. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/vigilanciaecomiteobitomaternoinfantilefetal.pdf. Acesso em: 14/01/2019.

BUTLER, Judith. *Corpos em aliança e a política das ruas: Notas sobre uma teoria performativa de assembleia*. Tradução de Fernanda Siqueira. 1ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

_____. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Tradução de Sérgio Lamarão e Arnaldo Cunha, 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

_____. *Violência, luto y política*. Iconos. Revista de Ciencias Sociales, N. 17, pp. 82-99, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito, 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50901711>. Acesso em 29/03/2018.

CAMPOS, Carmen Hein de e OLIVEIRA, Guacira. *Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios*. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009. Disponível em: http://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/colecao20anos_saudereprodutivadasmulheres.pdf. Acesso em: 24/03/2018.

CANUTO, Luiz Cláudio. *Mortalidade materna entre negras aumentou no Brasil*. Rádio Câmara. Mídia digital. Matéria publicada em 09/06/2015. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-MORTALIDADE-MATERNA-ENTRE-NEGRAS-AUMENTOU-NO-BRASIL.html>. Acesso em 24/07/2017.

CASTRO, Clarisse. *SUS, população negra e racismo: para promover saúde é preciso reconhecer e eliminar o preconceito*. Pense SUS, Fiocruz. Mídia digital. Matéria publicada em 12/12/2016. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/sus-populacao-negra-e-racismo-para-promover-saude-e-preciso-reconhecer-e-eliminar-o-preconceito>. Acesso em 24/07/2018.

CLADEM. *Amicus Curiae*. Comunicação ao comitê sobre a eliminação da discriminação contra a mulher no Caso Alyne Pimentel. Disponível em: <https://www.womenslinkworldwide.org/en/files/1208/amicus-curiae-only-in-portuguese.pdf>. Acesso em: 03/06/2018.

COLLUCCI, Cláudia. *Mortalidade materna sobe, e Brasil já revê meta de redução para 2030*. Folha de S. Paulo. Mídia digital. Matéria publicada em 13.08.2018. Disponível em:

https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/mortalidade-materna-sobe-e-brasil-ja-reve-meta-de-reducao-para-2030.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa. Acesso em: 15/12/2018.

COMPARATO, Fábio Konder; TORRES, Heleno Taveira; SARLET, Ingo e outra. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: mínimos inegociáveis*. Consultor Jurídico. Mídia digital. Matéria publicada em: 27/07/2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-jul-27/financiamento-direitos-saude-educacao-minimos-inegociaveis>. Acesso em: 20/11/2018.

COOK, Rebecca. *Direitos Humanos e Mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso Alyne*. Tradução de Maria Elvira Vieira e Beatriz Galli. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41.1, pp. 103-123, 2013. Disponível em: http://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf. Acesso em: 16/08/2018.

CRENSHAW, Kimberlé. *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, V. 10, N. 1, pp. 171-188, Jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29/03/2018.

_____. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*. *Stanford Law Review*, Vol. 43, N. 6, pp. 1241-1299. *Stanford Law Review*, 1991. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/mapping-the-margins-intersectionality-identity-politics-and-violence-against-women-of-color-kimberle-crenshaw1.pdf>. Acesso em: 24/07/2017.

DAVIS, Angela. *Mulheres, cultura e política*. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

DIAS, Júlia Maria; OLIVEIRA, Ana Patrícia e outras. *Mortalidade materna*. Revista Médica de Minas Gerais, v. 25.2, pp. 173-179, 2014. Disponível em <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em 24/03/2018.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo; CUNHA, Cynthia. *Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001*. Rev Saúde Pública, V. 42, N. 5, pp. 895-902, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102008000500015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13/01/2019.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo; DOMINGUES, Rosa Maria e outros. *Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil*. Rev Panam Salud Publica, 37(3), 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>. Acesso em: 15/01/2019.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. *Pesquisa nacional de aborto 2016*. Ciências e Saúde Coletiva, V.22, N.2, pp.653-660, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03/12/2018.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Halana e outros. *Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção*. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-376, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 12/10/2018.

DINIZ, Simone Grilo. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. Revista Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009, 19(2): pp. 313-326. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod_resource/content/1/genero_saude_materna.pdf. Acesso em: 02/11/2018.

DOMINGOS, Carolina; ALMEIDA, Elisabeth e outros. *A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental*. Cad. Saúde Pública,

Vol. 32, N. 3, e00181314, 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00181314.pdf>.

Acesso em: 02/08/2018.

DOUZINAS, Costas. *O fim dos direitos humanos*. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

_____. *Quem são os humanos dos direitos humanos?* Projeto Revoluções, realização do ITS BRASIL, Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República, SESC-SP e Boitempo Editorial, 2011.

Disponível em:

http://revolucoes.org.br/v1/sites/default/files/quem_sao_os_humanos_dos_direitos.pdf Acesso em: 02/04/2018.

DPERJ. *Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. DPERJ, 2018.

EMMERICK, Rulian. *Corpo e poder: um olhar sobre o aborto à luz dos direitos humanos e da democracia*. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação de mestrado: PUC-Rio.

EVARISTO, Conceição. *Poemas da recordação e outros movimentos*. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

FERNANDES, Beatriz; NUNES, Flávia e outras. *Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio*. Revista Gaúcha de Enfermagem. 36(esp), pp. 192-199, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0192.pdf> . Acesso em: 21/01/2019.

FERNANDES, Nelito e CLEMENTE, Isabel. *O alto índice de mortalidade materna*. Revista Época. Mídia digital. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT4930-15280-4930-3934,00.html>. Acesso em: 14/01/2019.

FIOCRUZ. *Nascer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa*. Coordenação Maria do Carmo Leal. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 03/12/2018.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. 1ª Edição 1999, 4ª Triagem. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

GOES, Emanuelle e NASCIMENTO, Enilda. *Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades*. Saúde em Debate, V. 37, N. 99, pp. 571-579. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042013000400004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10/11/2018.

GOES, Emanuelle. *Mulheres e negras, todas as formas de violência pelo simples fato de existir*. População negra e saúde. Mídia digital. Matéria publicada em 25/11/2014. Disponível em <http://populacaonegraesaude.blogspot.com.br/2014/11/mulheres-e-negras-o-todas-as-formas-de.html>. Acesso em 24/03/2018.

HILL COLLINS, Patricia e BILGE, Sirma. *Intersectionality*. Cambridge: Polity Press, 2016.

HILL COLLINS, Patricia. *Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão*. IN: MORENO, Renata (org.). *Reflexões e práticas de transformação feminista*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2015. Disponível em: <http://www.sof.org.br/wpcontent/uploads/2016/01/reflex%C3%B5esepraticasdetransforma%C3%A7%C3%A3ofeminista.pdf>. Acesso em: 20/07/2018.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos & Pesquisa Informação Demográfica e Socioeconômica 37. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>. Acesso em: 04/12/2018.

JORNAL DO BRASIL. *A mortalidade materna no Rio aumentou nos últimos três anos, aponta relatório*. Mídia digital. Matéria publicada em 29/05/2017. Disponível em <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2017/05/29/mortalidade-materna-no-rio-aumentou-nos-ultimos-tres-anos-aponta-relatorio/>. Acesso em 24/07/2017.

JUNQUEIRA, Flávia. *Prefeitura anuncia o corte de 239 equipes de saúde da família e saúde bucal na cidade do Rio*. Jornal Extra. Mídia digital. Matéria publicada em 30/10/2018. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/prefeitura-anuncia-corte-de-239-equipes-de-saude-da-familia-saude-bucal-na-cidade-do-rio-23200159.html>. Acesso em: 10/01/2019.

LEAL, Maria do Carmo; CARVALHO, Marília; LIMA, Luciana. *Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal*. Cad. Saúde Pública, 34(8):e00105018, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00105018.pdf>. Acesso em: 01/11/2018.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana; PEREIRA, Ana Paula e outros. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. Cad. Saúde Pública. 33 Sup 1:e00078816, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>. Acesso em: 04/10/2018.

LEAL, Maria do Carmo; SZWARCOWALD, Celia; ALMEIDA e outros. *Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 23, N. 6, pp. 1915-1928, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1915.pdf>. Acesso em: 06/11/2018.

LIMA, Antonio Carlos de Souza (org). *Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos*. Rio de Janeiro/Brasília: Associação brasileira de antropologia, 2012, p. 396.

LÓPEZ, Laura Cecília. *Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça*. TOMO, n. 28, 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/viewFile/5424/4447>. Acesso em: 16/01/2019.

MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*. Ciências e Saúde Coletiva, 21(2):563-572, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>. Acesso em: 02/12/2018.

MAROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica e LIMA, Luciana. *Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde*. Saúde debate, V. 42, N. 116, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 16/01/2019.

MARTINS, Ana Claudia; SILVA, Lélia Souza. *Perfil epidemiológico de mortalidade materna*. Revista brasileira de enfermagem, V. 71, supl.1. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf. Acesso em: 04/12/2019.

MATTAR, Laura e DINIZ, Simone. *Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., V. 16, N. 40, pp. 107-19, 2012, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>. Acesso em: 12/10/2018.

MELLO, Maria Elvira e GALLI, Maria Beatriz. *Mortalidade Materna e Aborto Inseguro: uma questão de direitos humanos das mulheres*. IPAS BRASIL, 2009. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/660_781_mortalidadematernadh.pdf Acesso em: 14/12/2018.

MELO, Cristiane; AQUINO, Talita; SOARES, Marcela e outra. *Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança*. Ciência e Saúde Coletiva. 22(10):3457-3465, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3457.pdf>. Acesso em: 09/01/2019.

MIRANDA, Mariana. *Alyne Pimentel versus Brasil e o princípio do acesso à justiça: um estudo de caso*. Rio de Janeiro, 2015. Artigo Científico para conclusão de curso de Pós-Graduação: EMERJ.

MORSE, Marcia, FONSECA, Sandra e outras. *Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?* Cad. Saúde Pública, 27(4): 623-638. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2011000400002&tlng=pt. Acesso em: 30/01/2019.

MPRJ. *MPRJ encaminha ofício à Prefeitura do Rio em que pede esclarecimentos sobre redução de atendimento nas unidades de saúde*. Mídia digital. Matéria publicada em 10/10/2018. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/65912>. Acesso em: 15/01/2019.

OEA. CIDH. *Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos em las Américas*. OEA/Ser.L/V/II.164, 2017. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>. Acesso em: 29/03/2018.

_____. Corte IDH. *Caso Comunidade Indígena Kákmok Kásek vs. Paraguai*. 24 de agosto de 2010.

OMS. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a edição. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em Português.

_____. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. WHO/RHR/15.02. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 03/12/2018.

_____. *Maternal Health and Safe Motherhood Programme Unicef. Revised 1990 estimates of maternal mortality*. Genebra, 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63597>. Acesso em: 04/12/2017.

_____. *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*. Estimaciones de la OMS, UNICEF, Banco Mundial, División de População das Nações Unidas. Sinopsis. WHO/RHR/15.23, 2015. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>. Acesso em 24/07/2017.

_____. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. WHO/RHR/14.23, 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/. Acesso em: 12/01/2019.

ONU. Comitê CEDAW. *Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira vs. Brasil*. Comunicação n. 17/2008. 49 Períodos de Sessões, 11 a 29 de julho de 2011.

_____. Comitê CEDAW. *Observações finais do Comitê Cedaw: Peru*, 8 de julho de 1998, Doc. UN Cedaw/C/1998/II/L.1/ Add. 7.

_____. Comitê CEDAW. *Observações Finais: Brasil*. U.N. Doc. CEDAW/C/BRA/CO/6, 2007.

_____. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 19. Violência contra as mulheres*. Adotada na décima primeira sessão do Comitê, 1992.

_____. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 24. Mulheres e Saúde*. De 02/02/99.

_____. Comitê CEDAW. *Recomendação Geral n. 35. Violência de gênero contra a mulher e atualização da recomendação geral n. 19*. Adotada em 26.06.2017.

_____. Comitê DESC. *Observações Finais: Brasil*. U.N. Doc. E/C.12/1/Add.87, 2003.

_____. *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*. Adotada pela Assembleia Geral em 1979.

_____. *Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Beijing, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/>

publicacoes/onu/413-declaracao-e-plataforma-de-acao-da-iv-conferencia-mundial-sobre-a-mulher. Acesso em: 29/03/2018.

_____. *Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the International Safe Motherhood Conference*. Nairobi, Kenya, 1987. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62871>. Acesso em: 02/10/2018.

_____. *Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015*. Disponível em: <http://goo.gl/oQAUz5>. Acesso em: 24/07/2017.

_____. *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Objetivos e metas de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 08/01/2019.

PACAGNELLA, Rodolfo; DINIZ, Carmen Simone Grilo e outros. *Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction*. Rev Bras Ginecol Obstet, V. 40, N. 9, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000900501. Acesso em: 15/01/2019.

PAES, Letícia. *A política dos direitos humanos: entre paradoxos e perspectivas*. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação de mestrado: PUC-Rio.

PEREIRA, Letícia Magalhães. *Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero*. Saúde e transformação social, V. 6, N. 1, p. 70-78. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3144/4448>. Acesso em: 12/12.2018.

PIO, Danielle e OLIVEIRA, Mônica. *Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal*. Saúde Soc. São Paulo, V. 23, N. 1, pp. 313-324, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>. Acesso em: 22/11/2018.

PIOVESAN, Flávia. *Os direitos reprodutivos como direitos humanos*. In: BUGLIONE, Samantha (org.). *Reprodução e Sexualidade: uma questão de*

justiça. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris: Themis-Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002.

PIRES, Thula. *Não solte a minha mão, que eu não soltarei a de vocês*. Empório Direito, Coluna Empório Descolonial, Coordenador Mário Berclaz, mídia digital, publicado em 19/03/2018. Disponível em: <http://emporioidireito.com.br/leitura/nao-solte-a-minha-mao-que-eu-nao-soltarei-a-de-voces>. Acesso em: 29/03/2018.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005. Disponível em: http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/dossie-a-realidade-do-aborto-inseguro-o-impacto-da-ilegalidade-do-abortamento-na-saude-das-mulheres-e-nos-servicos-de-saude-do-estado-do-rio-de-janeiro/at_download/file. Acesso em: 2/08/2018.

RICKLY, Aline; SOARES, Fernanda. *Grávida de quatro meses morre após fazer aborto em casa e suspeita de realizar procedimento é presa*. G1. Mídia Digital. Publicada em: 20/07/2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/regiao-serrana/noticia/2018/07/20/gravida-de-quatro-meses-morre-apos-fazer-aborto-em-casa-e-suspeita-usar-talo-de-mamona-e-presa.ghtml>. Acesso em: 29/01/2019.

ROSSI, Pedro e DWECK, Esther. *Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação*. Cadernos de Saúde Pública, 32(12):e00194316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>. Acesso em: 04/02/2019.

SAUAIA, Artenira e SERRA, Maiane. *Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco*. Revista de direitos humanos e efetividade. V. 2, N. 1, pp. 128-147. Brasília: 2016. Disponível em: <http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>. Acesso em: 02/11/2018.

SCHWARTZ, Rosana. *Beijing muito mais que palavras: a IV Conferência Mundial sobre a Mulher das Nações Unidas e as Políticas Públicas no Brasil*. ANPUH – XXII Simpósio Nacional de História. João Pessoa, 2003. Disponível em:

<http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/anpuhnacional/S.22/ANPUH.S22.603.pdf>. Acesso em: 14/11/2018.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Indicadores de Saúde de Residentes no Município do Rio de Janeiro 2000-2015*. Disponível em http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3365_indic_nascimento%20mortalidade_mrj_2000_2015.PDF. Acesso em 24/07/2017.

SOUZA, João Paulo. *Mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030)*. Rev Bras Ginecol Obstet, 37(12): 549-551, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso em: 29/03/2018.

UNFPA. *Promovendo o direito à saúde sexual e reprodutiva*. Cooperação entre a Prefeitura Municipal de Salvador e o Fundo de Populações das Nações Unidas. Relatório Ano I. Salvador, 2008. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriopromovendo.pdf>. Acesso em: 14/10/2018.

VIANA, Rosane; NOVAES, Maria Rita e CALDERON, Iracema. *Mortalidade materna – uma abordagem atualizada*. Com. Ciências Saúde, 22 (sup. esp. 1):141-152, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 29/03/2018.

VIEIRA, Fabíola Sulpino e BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá (Orgs.). *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. IPEA. Nota Técnica, N. 28, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf. Acesso em: 15/01/2019.

WERNECK, Jurema e IRACI, Nilza (orgs.). *A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações*. GELEDES, Instituto da Mulher Negra e CRIOLA, Organização de Mulheres Negras. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/dossie-situacao-direitos-humanos-mulheres-negras-brasil-violencias-violacoes/#gs.sf72dww>. Acesso em: 24/07/2017.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa e WHITE, Evelyn (Orgs.). *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006.

WENECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. Saúde Soc. São Paulo, V. 25, N. 3, pp. 535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 04/05/2018.

_____. *Mulheres negras brasileiras e os resultados de Durban*. IN: PAULA, Marilene e HERINGER, Rosana (Orgs.). *Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Fundação Heinrich Boll e Actionaid Brasil, Rio de Janeiro, 2009.