

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO MESTRADO EM DIREITO**

**SABRINA ABREU DAGOSTIN ZANATTA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO  
BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

**CRICIÚMA  
2024**

**SABRINA ABREU DAGOSTIN ZANATTA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO  
BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em direito.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giovana Ilka Jacinto Salvaro

**CRICIUMA  
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Z27v Zanatta, Sabrina Abreu Dagostin.

Violência obstétrica e direitos reprodutivos das mulheres no Brasil : uma análise a partir da política nacional de atenção integral à saúde da mulher / Sabrina Abreu Dagostin Zanatta. - 2024. 146 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Direito, Criciúma, 2024.

Orientação: Giovana Ilka Jacinto Salvaro.

1. Violência de gênero. 2. Violência obstétrica. 3. Violência contra as mulheres. 4. Direito reprodutivo. 5. Políticas públicas. 6. Atenção integral à saúde da mulher. I. Título.

CDD 23. ed. 342.162522

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC


## SABRINA ABREU DAGOSTIN ZANATTA

### “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER”


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Direito no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 18 de dezembro de 2024.


#### BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dra. Giovana Ilka Jacinto Salvaro  
(Presidente e Orientador (a) – UNESC)


Prof. Dr. Reginaldo De Souza Viera  
(Membro Suplente – PPGD/UNESC)

Documento assinado digitalmente  
 JOICE GRACIELE NIELSSON  
Data: 19/12/2024 07:58:33-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Joice Graciele Nielsson  
(Membro Externo - I INI, II II)

Documento assinado digitalmente  
 FERNANDA DA SILVA LIMA  
Data: 18/01/2025 20:02:58-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Fernanda da Silva Lima  
(Membro – PPGD/UNESC)

Documento assinado digitalmente  
 SABRINA ABREU DAGOSTIN ZANATTA  
Data: 18/03/2025 11:12:51-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Mestrando(a))

Às parteiras e seus conhecimentos  
seculares.

## **AGRADECIMENTOS**

Quando ingressei no Mestrado sabia que não seria fácil. Tive que me equilibrar, equilibrando muitos pratos. São as demandas diárias de família, trabalho, casa, e agora o retorno tardio à Unesc, somados às inseguranças causadas pelo medo do novo, mas mais ainda do medo de me ver desnuda. Aqui não sou a esposa do, a mãe das, a filha de, a oficial de justiça da Comarca tal. Aqui não carrego outros, sou a Sabrina, agora da 7ª Turma do Mestrado. Foram dois anos intensos, insanos e prazerosos. O conhecimento é sempre libertador!

Esta pesquisa resume minhas dores, alegrias e descompassos durante a trajetória do Mestrado, mas aqui também quero agradecer aqueles que de uma forma ou outra estiveram presentes nesta caminhada.

As minhas filhas, Laura e Maria Lúcia, jovens mulheres que sempre me incentivaram muito neste processo. Pacientes e compreensivas as minhas ausências ou desesperos. Minhas parceiras de ideias, de vidas e de vinhos, que apesar de longe estiverem presente em cada palavra aqui escrita.

A minha sobrinha e amiga Bruna e a seu marido Gustavo, a eles agradeço a oportunidade de vivenciar uma experiência única, estar presente no parto humanizado de seu segundo filho, meu mais novo sobrinho neto, Marco Antônio. Vivenciar este momento foi dar movimento e cor a minha escrita.

Ao irmão mais velho de Marco Antônio, Vicente, que sempre me tirou boas gargalhas com seu raciocínio rápido e sua energia sem fim.

Ao meu psicólogo Ismael Ferreira que durante esta caminhada esteve semanalmente comigo, para que eu enxergasse além dos monstros. Clareando meus pensamentos e freando minha ansiedade.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Giovana Ilka Jacinto Salvaro, sem palavras para expressar todo meu agradecimento. Mesmo saindo de uma folha em branco foi capaz de me orientar pacientemente. Os elogios a cada autora trabalhada e seus olhos brilhando com cada novo tema e descoberta desarmava meu desânimo e pessimismo. Com a Giovana fui assistida de maneira humanizada e acolhedora durante todo processo gestacional da pesquisa. Como é bom estar segura!

Às professoras Dr.<sup>a</sup> Fernanda da Silva Lima e Dr.<sup>a</sup> Joice Graciele Nielson pelo aceite em participar da qualificação trazendo contribuições importantes para o desenvolvimento da pesquisa e por terem também aceitado o convite para

participarem da banca. Mesmo com as agendas apertadas vocês prontamente confirmaram presença.

Ao Programa de Pós-Graduação em Direito-PPGD da UNESC, professores e demais colaboradores, pelo empenho em enxergar as singularidades de cada discente.

Ao Tribunal de Justiça de Santa Catarina- TJSC por oportunizar aos seus colaboradores a capacitação e conhecimento. E aqui também estendo os agradecimentos aos meus colegas Oficiais de Justiça da Comarca de Forquilha Anaira, Luiza e Eduardo, é muito bom trabalhar em ambientes com verdadeiros parceiros.

Às médicas ginecologistas Dra. Sarita Cardoso e Dra. Manuela Vieira Bez que dirimiram dúvidas técnicas sobre a pesquisa.

A todas e todos que de alguma forma participaram desse projeto, contribuíram para meu crescimento meus mais sinceros obrigada!

“Ao responder à pergunta ‘O que é magia?’, essa doula disse: ‘Vá ver uma mulher dando à luz. Não há nada mais mágico; a maneira como os ritmos da mãe se alinham aos ritmos da criança é simplesmente mágica’. Hoje, contudo, damos à luz como se estivéssemos em uma linha de montagem.

Os nascimentos não são sentidos. As crianças são arrancadas de corpos que não sentem. O parto foi reduzido a um processo mecânico.”

Silvia Federici

## RESUMO

A violência obstétrica pode ser entendida como a prática de atos desumanizadores e invasivos durante o ciclo gravídico-puerperal, configurando-se como uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres. Embora reconhecida por organizações internacionais, como a OMS, e objeto de estudos acadêmicos, permanece subnotificada em diversos contextos. Diferentemente de outros países da América Latina, o Brasil ainda não tipificou o termo legalmente, optando por políticas de humanização do atendimento pré-natal, parto e puerpério. Desde a criação do SUS em 1990, as políticas públicas de saúde da mulher avançaram, destacando-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, com enfoque de gênero, na integralidade na assistência à saúde para a promoção da garantia aos direitos humanos das mulheres. Para a promoção das políticas públicas na assistência à saúde obstétrica, a política teve como objetivo o compromisso com a redução da morbimortalidade maternas por causas evitáveis, bem como as boas práticas na assistência à saúde de acordo com a medicina baseada em evidências, garantindo o protagonismo do período gestacional ao puerpério. Desta forma, a presente dissertação analisou a implementação de ações de políticas públicas que tutelam direitos reprodutivos das mulheres, no que se refere a coibir a violência obstétrica a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). A pesquisa utilizou abordagem dedutiva, métodos histórico e monográfico, e técnicas de revisão bibliográfica e documental. Foram analisados tratados, portarias e dados estatísticos disponíveis em repositórios acadêmicos e oficiais, entre outros documentos. O estudo considerou a interseccionalidade de gênero, de raça e de classe, ressaltando que mulheres negras e periféricas enfrentam maior vulnerabilidade. Também, foram analisados casos emblemáticos de condenação por violência obstétrica nas cortes internacionais de direitos humanos, sublinhando a relevância do debate sobre justiça reprodutiva. A dissertação foi organizada em três capítulos. O primeiro explorou os direitos humanos das mulheres, pela perspectiva crítica e contra-hegemônica, abarcada pelo feminismo decolonial e a interseccionalidade, entendendo a violência obstétrica como violação aos direitos reprodutivos pelo viés da justiça reprodutiva. O segundo capítulo investigou os direitos humanos das mulheres, com ênfase aos direitos reprodutivos e o direito à saúde,

consolidados pela ONU e OEA, com seus reflexos nas políticas públicas brasileiras, no período de 1983-2004. O terceiro capítulo mapeou avanços nas políticas públicas ocorridas após 2004, especificamente, voltadas à assistência obstétrica e neonatal, analisando programas como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Rede Cegonha e a Rede Alyne. Concluiu-se que a violência obstétrica reflete desigualdades estruturais e demanda uma abordagem interdisciplinar e interseccional para seu enfrentamento. O estudo busca contribuir para políticas públicas mais assertivas, promovendo o respeito aos direitos humanos e à igualdade de gênero.

**Palavras-chaves:** violência de gênero; violência obstétrica; direitos reprodutivos, justiça reprodutiva; políticas públicas.

## ABSTRACT

Obstetric violence refers to dehumanizing and invasive practices during the pregnancy and postpartum cycle, constituting a violation of women's reproductive rights. Despite recognition by international organizations such as the WHO and academic studies, it remains underreported in many contexts. Unlike other Latin American countries, Brazil has not yet legally defined the term, focusing instead on policies for the humanization of prenatal, childbirth, and postpartum care. Since the creation of the Unified Health System (SUS) in 1990, women's health policies have progressed, notably with the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM) established in 2004. This policy emphasizes a gender-focused and comprehensive approach to health care, aiming to reduce preventable maternal mortality and promote evidence-based practices that center women's agency throughout the gestational period. This dissertation analyzes the implementation of public policy actions aimed at safeguarding women's reproductive rights and addressing obstetric violence within the framework of the PNAISM. Using a deductive approach, historical and monographic methods, and bibliographic and documental review techniques, the research examines treaties, ordinances, and statistical data from academic and official repositories. It highlights the intersectionality of gender, race, and class, emphasizing the heightened vulnerability of Black and marginalized women. The study also reviews emblematic cases of obstetric violence adjudicated in international human rights courts, reinforcing the importance of reproductive justice.

The dissertation is divided into three chapters. The first explores women's human rights through a critical, counter-hegemonic lens informed by decolonial feminism and intersectionality, framing obstetric violence as a violation of reproductive rights and reproductive justice. The second investigates women's reproductive rights and health rights consolidated by the UN and OAS and their impacts on Brazilian public policies between 1983 and 2004. The third maps advances in public policies post-2004, specifically in obstetric and neonatal care, analyzing initiatives such as the National Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality, the Rede Cegonha, and the Rede Alyne. The study concludes that obstetric violence reflects structural inequalities and requires an interdisciplinary and intersectional approach to be effectively addressed. It aims to contribute to more assertive public policies that promote human rights and gender equality.

Keywords: gender-based violence; obstetric violence; reproductive rights; reproductive justice; public policies

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGPAR	Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária � Saúde
A-SEG	Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da crianç�a
BLH	Banco de Leite Humano
CEDAW	Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiç�a
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Corte IDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CPN	Centro de Parto Normal
CPNi	Centro de Parto Normal intra-hospitalar
CPNp	Centro de Parto Normal peri – hospitalar
ECA	Estatuto da Crianç�a e Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ICCAL	<i>ius constitutionale commune</i> latino-americano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MMG	Morbidade Materna Grave
NMM	Near Miss Materno
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral � Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- princípios e diretrizes
PNAON	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RG24	Recomendação Geral 24 RMM Razão de Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UNINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>2</b>	<b>DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES, ESTUDOS FEMINISTAS E DE GÊNERO: APORTES PARA A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLÊNCIA DE GÊNERO .....</b>	<b>37</b>
2.1	DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES, ESTUDOS FEMINISTAS E DE GÊNERO.....	37
2.2	DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E A JUSTIÇA REPRODUTIVA	48
2.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLÊNCIA DE GÊNERO .....	57
<b>3</b>	<b>PROTEÇÃO AOS DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES: DOCUMENTOS INTERNACIONAIS REFERENDADOS PELO BRASIL E SEUS DESDOBRAMENTOS NO CONTEXTO NACIONAL .....</b>	<b>66</b>
3.1	CONVENÇÕES INTERNACIONAIS DE ÂMBITO GLOBAL REFERENDADAS PELO BRASIL .....	66
3.2	CONVENÇÕES INTERAMERICANAS REFERENDADAS PELO BRASIL .....	77
3.3	DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL (1983-2003) .....	85
<b>4</b>	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (2004): MAPEANDO AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>93</b>
4.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (2004): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.....	93
4.2	O PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTE MATERNA E NEONATAL: DESAFIOS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	98
4.3	DIREITOS REPRODUTIVOS E JUSTIÇA REPRODUTIVA NO CONTEXTO DA REDE CEGONHA: AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	106
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>122</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>128</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica, definida como a prática de atos desumanizadores, invasivos e desnecessários durante o ciclo gravídico-puerperal, emerge como uma violação aos direitos reprodutivos e ao direito à saúde reprodutiva das mulheres. Embora seja reconhecida por organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), também a Organização dos Estados Americanos (OEA) e referenciada em diversos estudos acadêmicos, essa forma de violência ainda é subnotificada e invisibilizada em muitos contextos.

Não obstante outros países das América Latina já virem legislando sobre a violência obstétrica, respaldando as recomendações internacionais, o Estado brasileiro não tipificou o termo violência obstétrica como razão de enfrentamento de suas políticas públicas, optando por trabalhar com políticas públicas voltadas à humanização e acolhimento ao pré-natal, parto, puerpério, nascimento e abortamento, através da assistência de boas práticas e na medicina baseada em evidências.

Ressalta-se que o Estado brasileiro é signatário de importantes tratados e convenções internacionais acerca de direitos humanos, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1979, comprometendo-se com a erradicação da violência contra as mulheres. Além disso, após a Constituição Federal de 1988 (Brasil), as políticas implementadas pelo Estado referente aos direitos à saúde das mulheres tiveram maior espaço e visibilidade, iniciado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei de n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a), cujos princípios se pautam pela universalidade, equidade e integralidade, o que permitiu uma nova rede de atuação do Estado.

No campo dos direitos reprodutivos das mulheres, ao encontro das recomendações da CEDAW e demais normativas internacionais de direitos humanos, o Brasil vem avançando nas políticas públicas de assistência obstétrica, sendo a Portaria 569, de 01 de junho de 2000 (Brasil, 2000a) que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, bem como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes - do ano de 2004, as primeiras normativas do Estado que reconheceram a necessidade do protagonismo das mulheres no período gestacional, parto e puerpério e de práticas hospitalares baseadas em evidências. Ao serem estabelecidas as diretrizes a partir da PNAISM, o

Estado brasileiro passou a direcionar as políticas públicas para promover os objetivos ali traçados, no que se refere ao direito fundamental à saúde das mulheres.

O problema de pesquisa centra-se em analisar até que ponto as políticas públicas baseadas na PNAISM têm sido efetivas na prevenção e no combate à violência obstétrica no Brasil. Embora reconheça-se que a implementação de diretrizes humanizadas e a promoção de campanhas de conscientização representem avanços importantes, persistem lacunas na estruturação e execução dessas ações. Desta forma, o estudo parte da hipótese de que a falta de regulamentação específica sobre o tema contribui para a reprodução de práticas desumanizadoras dentro do sistema de saúde.

Assim passados vinte anos desde a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é necessário entender: quais ações em políticas públicas pertinentes aos direitos reprodutivos das mulheres foram realizadas pelo Estado brasileiro para coibir práticas de violência obstétrica? Esta pergunta levanta questionamentos importantes, desde o motivo pela escolha do Estado brasileiro pelas políticas públicas implementadas, quais os resultados foram atingidos com elas, bem como se estão sendo suficientes para a garantia dos direitos reprodutivos de todas as mulheres, aqui se abrindo para os atravessamentos de raça, condições socioeconômicas, faixa etária, sexualidade, entre tantas outras discriminações que atingem as mulheres no momento que precisam de um acolhimento em um ambiente seguro.

Em razão destes questionamentos, abre-se para os objetivos da pesquisa. O objetivo geral foi analisar a implementação de ações de políticas públicas que tutelam os direitos reprodutivos das mulheres, no que se refere a coibir a violência obstétrica a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (2004a). Os objetivos específicos foram: (a) apresentar e refletir sobre os direitos reprodutivos em relação à violência obstétrica, como uma violação dos direitos das mulheres e da justiça reprodutiva, no campo dos estudos feministas e de gênero; (b) descrever e analisar as convenções e tratados em que o Brasil é signatário referente aos direitos reprodutivos das mulheres, bem como sua inclusão na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com referência aos direitos reprodutivos e a justiça reprodutiva; (c) analisar ações de políticas públicas implementadas, de prevenção à violência obstétrica, no âmbito dos direitos reprodutivos das mulheres e da justiça reprodutiva, a partir da Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (2004a).

O estudo tem como ponto de partida a compreensão da violência obstétrica não apenas como um problema de saúde pública, mas também como uma manifestação das desigualdades estruturais que permeiam as relações de gênero, raça e classe social. A perpetuação dessas práticas viola não apenas os direitos das mulheres à saúde e à autonomia, mas também o direito fundamental à dignidade humana. A ausência do reconhecimento da violência obstétrica como uma violência aos direitos reprodutivos reforça a necessidade da pesquisa.

O estudo também se torna importante para a academia em razão do número inexpressivo de produção referente ao tema no campo jurídico. Em consulta à Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, disponível em <https://bdtd.ibict.br/vufind/>, realizada no período de outubro de 2023 a fevereiro de 2024, observou-se que o campo do Direito pouco tem se mostrado afeto a esta pauta. Ao realizar a busca pelo filtro “violência obstétrica” foram encontradas um total de 198 (cento e noventa e oito) pesquisas, sendo 148 (cento e quarenta e oito) dissertações e 50 (cinquenta) teses. Dentro destas, apenas 2 (duas) teses na área do Direito foram contabilizadas e 13 (treze) dissertações das 148 (cento e quarenta e oito) pesquisadas.

No mais, observa-se que as teses e dissertações acerca do tema são recentes, indicando a importância de falar sobre mais esta violência aos direitos humanos das mulheres. Não menos importante, é desmistificar no meio social a naturalização de práticas ofensivas, fomentando o debate acerca dos direitos reprodutivos das mulheres. É essencial que as mulheres se sintam protegidas dentro dos sistemas hospitalares, tenham autonomia para discutir e se sintam respeitadas em suas escolhas. Assim, as conclusões que advirão da presente pesquisa podem corroborar para o direcionamento de políticas públicas mais assertivas, sejam elas pela tutela preventiva ou como forma de tutelar os direitos das vítimas da violência obstétrica.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós- Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, em razão de tratar sobre a violação aos direitos humanos das mulheres. A linha de pesquisa Direito, Sociedade e Estado tem como um dos objetivos investigar as relações entre Estado e sociedade no contexto da materialização dos direitos humanos. Nesse sentido, o estudo traz luz aos direitos humanos das mulheres e a materialização da igualdade de gênero, portanto, integrada à linha de pesquisa. Da mesma forma, vincula-se a

linha de pesquisa da orientadora, Dra. Giovana Ilka Jacinto Salvaro, pois é aderente a um dos seus temas de estudo referente à violência de gênero.

O marco teórico adotado para a realização da presente pesquisa foi o estudo de gênero pela perspectiva decolonial. Para tanto, os estudos de base têm como autoras Maria Lugones e Rita Segato, entre outros. Se resgata também a concepção não universalista dos direitos humanos, tendo como aporte os estudos de Joaquim Herrera Flores. Entendendo o feminismo pela perspectiva decolonial, não menos importante é a análise teórico e conceitual da interseccionalidade, destacando-se a autora Patrícia Hill Collins. Destaca-se o direito reprodutivo das mulheres pela perspectiva da justiça reprodutiva, através da análise das Políticas Públicas efetivadas pelo Sistema Único de Saúde, sob a ótica de Mirian Ventura, Emanuelle Goes, Silvia Federici. É a partir desta base teórica que se fundamenta o estudo de violência obstétrica, entendida como uma violência de gênero, dialogando com Joan Scott e Carmem Simone Grilo Diniz. As categorias teóricas que estiverem presente para a realização do estudo foram o feminismo decolonial e gênero, teoria crítica dos direitos humanos, a interseccionalidade, direitos reprodutivos das mulheres e justiça reprodutiva e violência obstétrica.

Quanto à metodologia utilizada, referente ao método de abordagem foi o dedutivo, partindo-se de uma cadeia de raciocínio descendente, ou seja, da análise do estudo geral sobre o tema para o particular. O método de procedimento utilizado foi histórico e monográfico e técnica de pesquisa feita através da pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica foi feita estudando as obras de autores(as) que tratam das categorias teóricas indicadas acima, bem como obras de autores(as) direcionados(as) ao tema específico. Ademais, também realizado pesquisa em artigos científicos acerca do tema no Portal de Periódicos CAPES, assim como em dissertações e teses na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Quanto à pesquisa documental indireta, foram estudados tratados referendados pelo Estado brasileiro sobre os direitos humanos das mulheres, bem como as portarias e diretrizes nacionais, além da análise de dados estatísticos apresentados em pesquisas ou em relatórios.

Dessa forma, o presente estudo pretende contribuir para a ampliação do conhecimento sobre violência obstétrica situando-a no centro do debate sobre os direitos humanos e a igualdade de gênero. Com uma abordagem interdisciplinar, o trabalho visa fomentar uma compreensão mais aprofundada do tema e influenciar

positivamente o desenvolvimento de ações concretas e mais assertivas no campo das políticas públicas.

Portanto, a partir dos objetivos específicos foram delineados os capítulos da pesquisa. O primeiro capítulo, subdividido em três tópicos, traz para o estudo os aportes necessários para compreensão da violência obstétrica como uma violência gênero. Para isso, foi necessário situar os direitos humanos das mulheres dentro da perspectiva crítica dos direitos humanos, do campo de um feminismo contra hegemônico, trazendo a decolonialidade e o feminismo decolonial para o centro da análise, a fim compreender como o projeto colonialidade/modernidade se estruturou na intersecção de gênero, raça, sexualidade, em um processo de dominação e subjugação, ainda presente e, por vezes, incorporado como verdade. Ainda, no primeiro capítulo, são analisados os direitos reprodutivos, consagrados como direitos humanos, à saúde reprodutiva como direito fundamental, que operam para a obtenção da justiça reprodutiva; entender a justiça reprodutiva é trazer a importância da cidadania na conceituação jurídica, a partir da ideia que o direito reprodutivo só está materializado quando coletivo. O capítulo finaliza com a análise da violência obstétrica pela perspectiva de violência de gênero, entendendo como é verticalizada a relação que se estabelece entre a instituição de saúde, representada pela equipe médica - o poder-saber - e a mulher gestante ou puérpera, que não tem nome e, muitas vezes, vista como um corpo patológico.

No segundo capítulo, coloca-se ênfase nos direitos reprodutivos das mulheres por meio de uma contextualização histórica. Para tanto, em um primeiro tópico, são analisados estudos pelas organizações internacionais de ordem global, os processos reivindicatórios dos feminismos na formulação da CEDAW (1979), da Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena (1993), o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre a População e Desenvolvimento do Cairo (1994), Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim (1995).

Ainda, neste primeiro tópico do segundo capítulo, consta a descrição do caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira *versus* Brasil, o primeiro caso de condenação internacional, em razão de uma morte materna, ocorrida a uma mulher negra e periférica por negligência na assistência à saúde da gestante. No segundo tópico, analisa-se os direitos reprodutivos das mulheres no sistema regional de direitos humanos, em específico, o sistema interamericano, referente a Convenção Americana

de Direitos Humanos de 1969 e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Belém (1994) e sua recepção no Brasil. Neste tópico, relata-se o caso apresentado na Corte Interamericana de Direito Humanos, referente ao caso *Cristina Brítez Arce versus Argentina*. Este caso é referência, pois, pela primeira vez, a Corte IDH reconheceu se tratar a violência obstétrica como violência de gênero. Após, são referenciados mais dois casos de condenação na Corte IDH: o caso *María versus Argentina* e o caso *Rodriguez Pacheco versus Venezuela*. O terceiro tópico traz, então, uma análise sobre a recepção do Estado brasileiro referente aos direitos reprodutivos, iniciando com a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM, 1983, até a implementação do PNAISM em 2004, identificando como o país foi avançando neste interregno.

Por fim, o terceiro e último capítulo apresenta e analisa políticas públicas implementadas, a partir da PNAISM, no período de 2004-2024, mapeamento as ações de prevenção à violência obstétrica, buscando sempre traçar um paralelo com as recomendações da CEDAW. Dando continuidade ao capítulo anterior, no primeiro tópico, é apresentada a PNAISM, seus objetivos principais, seus avanços e sua leitura transversal para dar sequência às políticas públicas. Já no segundo tópico, como retorno a uma das preocupações do PNAISM, volta-se para o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, pois a partir das recomendações do Pacto, as políticas públicas vão se ampliando. Na sequência, o capítulo trata da Rede Cegonha (2011) seus objetivos e os avanços apresentados, da tentativa de sua descontinuidade pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), em 2022, e seu retorno recente como Rede Alyne, mais atualizada e se fazendo presente em lacunas apresentadas na Rede.

## **2 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES, ESTUDOS FEMINISTAS E DE GÊNERO: APORTES PARA A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLÊNCIA DE GÊNERO**

Para entender o pensamento feminista é preciso romper com conceitos fixos e lineares de formação sobre a história das mulheres. Neste contexto, os estudos feministas fazem uma crítica a esta linearidade de construção histórica. Este capítulo tem como objeto analisar os direitos humanos das mulheres, do ponto de vista contra-hegemônico, pelo viés do feminismo decolonial. Além disso, também se faz a análise crítica ao estudar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, por meio do estudo da justiça reprodutiva e seus atravessamentos interseccionais. Por fim, a violência obstétrica é conceituada estando inserida como uma violação aos direitos reprodutivos das mulheres.

### **2.1 DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES, ESTUDOS FEMINISTAS E DE GÊNERO**

Os direitos humanos como ideal de tutela ao sujeito humano têm sua formação historicamente reconhecida na sociedade europeia dos séculos XVII e XVIII. As primeiras cartas declaratórias positivadas, a Constituição dos Estados Unidos de 1787 e, na França, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, foram fruto do capitalismo burguês e de uma filosofia individualista. Esta idealização dos direitos humanos construídos pela modernidade europeia se consagrou como direitos de toda a humanidade. Contudo, apesar destas declarações anunciarem a igualdade e liberdade para todos os homens, estavam restritos aos interesses e privilégios burgueses, que buscavam a proteção ao livre mercado e à propriedade privada (Wolkmer, 2019).

A universalidade, a igualdade e a liberdade tão bem articuladas nas cartas, não se aplicavam a todos os sujeitos humanos, mas apenas aos que se enquadravam na racionalidade ocidental, ou seja, o homem branco ocidental. Assim, as mulheres, os estrangeiros, os colonizados, os negros, os escravos estavam excluídos da tutela por serem considerados de racionalidade inferior, pela perspectiva daqueles que legitimavam um ser de categoria superior e racional (Bragato, 2009).

E, diante da construção do sujeito universal, os diferentes se tornam os outros, à margem das garantias consagradas como direitos humanos. Neste sentido evidencia Rita Segato, afirmando que: “A modernidade inventa a norma e a normalidade, e reduz a diferença à anomalia” (Segato, 2022, p. 40).

Portanto, esta concepção de direitos humanos universais reflete uma normalização de um ser universal, idealizado no sujeito europeu, masculino, branco, cristão e heteronormativo, e, a partir deste ser humano “universal” foram normatizados e tutelados direitos. Entretanto, ao se afirmarem como universais, as relações sociais baseadas na opressão e na dominação foram mascaradas e naturalizadas (Pires, 2020).

Assim, ao se contextualizar os direitos humanos pela perspectiva não universalista, conforme desenvolvido por Joaquim Herrera Flores (2009), busca-se, não só reconhecer os direitos positivados, mas também perceber as demandas periféricas e as lutas sociais como práticas emancipadoras na efetivação da dignidade humana. A análise contra- hegemônica dos direitos humanos permite perceber àqueles que estão excluídos das garantias universais de direitos humanos e tensionar, como mecanismos de resistência, todas as formas de opressão (Pires, 2020). Antônio Carlos Wolkmer (2019) argumenta que é preciso ressignificar historicamente os direitos humanos para que sejam interpretados em uma narrativa integral, contextual e intercultural.

No que se refere à universalidade do discurso hegemônico europeu, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, pouco se difere das cartas anteriores. Apesar desta pretensa universalidade se apresentar como característica principal dos direitos humanos, está construída a partir de ideário de natureza humana que não é compartilhada pelas diversas formas de existência (Pires, 2020).

Por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, foi reconhecida a importância dos direitos humanos como elemento de legitimação da democracia e da cidadania. No entanto, críticas têm sido tecidas, uma vez que, segundo Manuel E. Gándara Carballido (2014), estes direitos, ao se proclamarem universais, constituem uma nova forma de colonialismo ocidental ao não reconhecerem a pluralidade cultural e histórica que se constituem os seres humanos e as sociedades. Além disso, ao se construir um discurso hegemônico de direitos humanos, as violações à dignidade humana de grupos, que ficaram à margem da normatização, estão invisibilizadas pelo discurso oficial.

Portanto, o pensar crítico dos direitos humanos faz seu tensionamento com discursos que mantêm um sistema de dominação e opressão ainda atuante. Desta maneira, a teoria crítica aos direitos humanos busca identificar e confrontar o discurso ocidental e androcêntrico de manutenção de um sistema de exclusão, entendendo os direitos humanos como, segundo Gândara Carballido (2014), processos sociais, econômicos, políticos e culturais na construção de novas práticas que rompam com o discurso hegemônico.

Para Herrera Flores (2009), os direitos humanos pela perspectiva crítica e contextualizada se constroem pelo resultado de lutas impulsionadas pelas categorias teóricas e práticas interconectas. Representa um discurso de resistência se contrapondo ao discurso formalista ocidental eurocentrado, que mantém a forma de colonização. Desta forma, os direitos humanos não devem se caracterizar pela imposição de sua universalidade, carregadas pela ideologia hegemônica, mas por sua pluralidade e aceitação das diferentes culturas e sociedades. O reconhecimento das experiências particulares é que erigem o componente universalista dos direitos humanos.

Compreendendo como os direitos humanos conseguem capturar uma ordem eurocentrada no sujeito universal masculino, observa-se que as mulheres historicamente foram destituídas de quaisquer direitos. Neste processo histórico, em especial no período Iluminista, as mulheres não eram reconhecidas como sujeitos de direitos, em virtude de serem consideradas incapazes de terem raciocínio próprio e, portanto, não possuíam independência de decisão sobre seus atos, qualidades essenciais, segundo entendimento à época, para a cidadania. Conforme Lynn Hunt (2009), por mais que muitos outros sujeitos excluídos pudessem alcançar a sua cidadania através de processos outros, seja pela maioria atingida pelos homens, ou a independência adquirida pelos escravos, ainda que de forma contestável, as mulheres eram sempre objetos de direito, passando da posse de seus pais a de seus maridos. E, mesmo com a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, os direitos das mulheres continuaram atrelados aos preceitos de família e da reprodução de outros seres humanos.

Pelo estudo da teoria crítica aos direitos humanos das mulheres, procura-se evidenciar que, mesmo havendo muitos avanços legislativos, a violência de gênero ainda é uma constante, resultado de uma sociedade estruturada a partir do patriarcado. Portanto, pensar os direitos humanos das mulheres perpassa

compreender a necessidade de uma agenda que vise implementar ações afirmativas<sup>1</sup>, a fim de que a equidade de gênero seja uma realidade factual. Desta forma, as convenções e tratados internacionais vêm contribuindo para transformação social e rupturas de paradigmas.

Após a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, outros documentos internacionais foram sendo concebidos, em muito influenciados pelo ativismo dos feminismos que pressionavam pela igualdade de gênero e denunciavam a violência sofrida por mulheres. Como resultado, a Organização das Nações Unidas (ONU) celebrou a Década da Mulher (1975-1985), dando visibilidade a seus direitos. Os debates que se projetaram nesta década culminaram com resoluções e documentos essenciais para a proteção das mulheres. Além disso, contribuíram para o fortalecimento de redes de mulheres ativistas (Erga, 1995).

Por meio das conferências internacionais, os grupos de mulheres exerceram pressão para a promoção de políticas pública para garantir a equidade de gênero, por organismos internacionais ou pelos governos nacionais. Foi, portanto, através da pressão dos feminismos, nas conferências internacionais, que se acendeu o alerta quanto à insuficiência normativa para a formação da cidadania feminina, afirmando a necessidade de instrumentos internacionais para a proteção dos direitos das mulheres (Prá; Epping, 2012).

Como eventos fundamentais ao contexto citado, Jussara Prá e Léa Epping, (2012) referenciam a realização das conferências no México (1975), Compenhague (1980), Nairóbi (1985) e Beijing (1995), que explicitaram e confrontaram os problemas das desigualdades de gênero em diferentes sociedades, sendo essenciais para a formulação dos tratados internacionais importantes e assertivos às mulheres.

Assim, a partir do final da década de 1970, muitos tratados internacionais foram concebidos e assinados, apenas citando alguns deles, já que serão melhor analisados em capítulo posterior, tem-se a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher- CEDAW. Primeiro grande documento a

---

<sup>1</sup> Políticas públicas de ações afirmativas atuam nos grupos historicamente marginalizados, através de políticas e programas que visam diminuir as diferenças e democratizar a dinâmica social, através de políticas de acesso aos direitos fundamentais. Nesse sentido comentam as autoras Machado e Andrade: [...] para garantir o direito à igualdade, tem que ir além de proibir atitudes discriminatórias e produzir políticas gerais de inclusão, deve pensar políticas que levam em conta características como gênero, raça, nacionalidade, regionalidade, a fim de albergarem as diferenças históricas às quais esses segmentos foram submetidos (Machado; Andrade, 2021, p.357).

denunciar a discriminação das mulheres, a CEDAW foi adotada em 1979 pela Assembleia Nacional da ONU, apresentando-se como um dos documentos precursores e de maior alcance internacional, pautando a discriminação contra as mulheres um dos óbices para a igualdade de gênero (Prá; Epping, 2012).

Após a CEDAW, outros documentos foram implementados a partir das discussões e do ativismo das feministas, entre os quais, destacam-se em ordem cronológica: a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena (1993); o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994); a Declaração e a Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim (1995).

Sendo assim, o reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos se deve pela conjunção de fatores em que se agregam os feminismos e sua atuação nas conferências internacionais, as convenções internacionais e a pressão para atuação mais eficaz dos Estados para a promoção de políticas de gênero. Ao se declararem signatários desta e de outras convenções, os países se responsabilizam na implementação de políticas públicas para alcançar os objetivos traçados nos documentos (Prá; Epping, 2012).

No caso do Brasil, mesmo signatário dos documentos acima mencionados, os movimentos feministas foram incessantes, pressionando e impulsionando a implementação de leis e políticas públicas direcionadas aos direitos das mulheres. O trabalho de pesquisa realizado pela Fundação Ford, com a colaboração da organização não- governamental Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia), resultou na primeira coletânea, intitulada “O progresso das Mulheres no Brasil”, com a finalidade de trazer visibilidade e problematizar trajetórias na luta pelos direitos humanos das mulheres. No conjunto de estudos que integram a coletânea observa-se o trabalho realizado pelos movimentos feministas, em sua diversidade (negro, indígena, rural) se articulando para construção de uma plataforma política que incorporasse as problematizações referente ao gênero e à raça nas políticas públicas. A coletânea traz, não só os avanços normativos referente aos anos de 1990 – desde a abertura democrática até o ano 2010, muito em razão das lutas dos movimentos feministas, como também o diagnóstico da situação das mulheres no país, em sua integralidade - direitos civis e políticos, direitos sociais, mulheres do campo e da cidade, diversidade racial, direitos sexuais e reprodutivos e combate as violências

contra as mulheres, para que sejam traçadas políticas públicas assertivas as estas demandas (Barsted; Pitanguy, 2011).

Entretanto, apesar dos avanços legislativos, em âmbitos internacional e nacional, referente aos direitos das mulheres, a construção dos feminismos que acolham a pluralidade ainda se mantém. Em grande medida, como um dos pontos centrais coloca-se a construção de uma epistemologia feminista que abrigue as diversidades e questione posições de privilégio em uma perspectiva não colonizadora das mulheres.

Dentro deste contexto, a teoria feminista visa analisar como as relações gênero são constituídas e experimentadas, bem como seus atravessamentos de raça e de classe (Flax, 1991). Segundo Jane Flax (1991, p. 227-228), as 'relações de gênero' podem ser consideradas uma categoria que irá abranger "um conjunto complexo de relações sociais, bem como a se referir a um conjunto mutante de processos sociais historicamente variáveis". E, estas relações de gênero são constituídas por partes interdependentes, cada parte só tem significado se houver a outra. Nesse sentido, nas relações de gênero estão criados o homem e a mulher em uma relação de interdependência e dominação.

De acordo com Flax (1991), os estudos sobre as relações de gênero se localizam em dois eixos de análise: gênero como uma construção ou categoria de pensamento, que reflete na historicidade da formação das sociedades; e gênero como uma relação social, que atribui significados e valores ao chamado 'masculino' e 'feminino' e as consequentes atribuições que se impõe a homens e a mulheres nos contextos sociais vivenciados. O que fica evidenciado nesta construção binária de gênero nas relações sociais é a manifesta dominação e controle dos homens sobre as mulheres.

Dona Haraway (2009) afirma que o discurso crítico às ciências sociais procura identificar como a produção do conhecimento está ligado ao poder. Na universalidade do homem que produz, apropria e ordena a diferença, constrói significados e corpos. Segundo a autora, o feminismo é a crítica ao sistema hegemônico. Assim, as epistemologias devem ser construídas pelas perspectivas parciais, possibilitando uma avaliação crítica e racional ao saber hegemônico.

Sabendo que o sistema de dominação se funde com o saber teórico, estudos feministas fazem uma análise crítica à história universal rompendo com as definições impostas e valores universais tidos como 'inerentes à natureza feminina'

(Dias, 2019). Para a historiadora Maria Odília da Silva Dias (2019), os estudos feministas participam da reelaboração dos métodos das ciências sociais, trazendo uma nova perspectiva acerca da posição das mulheres nas sociedades.

A partir da análise de diferentes sociedades e culturas é possível, segundo Dias (2019, p.359), perceber a identidade das mulheres não de forma estanque, mas plural, diferenciando da “[...] da categoria epistemológica dos séculos XVII e XVIII de um sujeito abstrato universal.” Neste sentido, a autora explana que “o vir a ser de mulheres como sujeito histórico não obedece a leis universais, pois depende de experiências tão dispersas e múltiplas quanto existem diferentes culturas, [...]” (Dias, 2019, p. 361-362).

Desta forma, a teoria feminista problematiza as relações de gênero, entendendo que não podem ser mais aceitas como naturais, conforme entendida pela epistemologia ocidental Iluminista. Ao questionar o modelo entendido como neutro e universal, a teoria feminista questiona o fato de que este modelo beneficia as relações de algumas pessoas, em geral homens brancos ocidentais (Flax,1991).

Jane Flax (1991) considera que a construção do gênero, pela perspectiva eurocentrista baseia-se em uma construção social de dominação, justificada pela diferenciação anatômica entre masculino e feminino, de forma que a cultura ocidental hegemônica, ao definir a mulher, funde o natural com o social.

Ao questionar a compreensão de gênero dentro da perspectiva ocidental, Haraway (2009), destaca que a teoria feminista deve se atentar aos saberes localizados ou periféricos, retirando a lente fixa que a condiciona. Nesse sentido, expõe:

A corporificação feminista, assim, não trata da posição fixa num corpo reificado, fêmeo ou outro, mas sim de nódulos em campos, inflexões em orientações e responsabilidade pela diferença nos campos de significado material – semiótico (Haraway, 2009, p.29).

Completa a autora, indicando a necessidade de uma ruptura com as tradições analíticas ocidentais através dos saberes localizados, cujo conhecimento é visto pela perspectiva do sujeito agente e não como objeto. Entendendo a importância dos saberes localizados, rompe-se com feminismo universal ocidental, conscientes de que ele não abarca as demandas e reivindicações de mulheres, em contexto social, político e econômico diferenciados.

Considerando somente gênero como causa da subordinação das mulheres, o feminismo ocidental passou a ser criticado, por sustentar uma visão universal,

binária e heterocêntrica de gênero. Desta forma, as pautas feministas reproduziam o racismo e a colonização, quando invisibilizavam as mulheres que não atendiam os ideais universalizantes, mulheres que estavam à margem, tangenciadas por outras formas de opressão. Questionando o feminismo hegemônico, o feminismo decolonial faz uma análise sobre como estas categorias interseccionadas moldam as relações sociais, como demonstra Ochy Curiel (2020, p.133):

Uma posição decolonial feminista significa entender que tanto a raça quanto gênero, a classe, a heterossexualidade, etc. são constitutivos da episteme moderna colonial; elas não são simples eixos de diferenças, são diferenciações produzidas pelas opressões, de maneira imbricada, que produzem o sistema colonial moderno.

Em uma perspectiva decolonial, visibilizando a importância dos feminismos dentro das comunidades, Yuderkys Espinosa Miñoso (2014) argumenta acerca da elaboração de conhecimentos a partir das margens, desmantelando a raiz de opressão, através de um viés não eurocentrado e de epistemologias que interconectem os sistemas de opressão de raça, de gênero, de sexualidade, de classe.

Opondo-se a epistemologia ocidental, o feminismo contra hegemônico traz uma análise crítica, propondo um processo emancipatório a todas as mulheres. Descolonizar o feminismo permitiu observar como as mulheres são atingidas de forma diferente pela violência e exploração (Espinosa Miñoso, 2014). Desta maneira, conforme corrobora Pires (2020), o estudo contra hegemônico ou decolonial visa questionar e libertar as sociedades do sul global da dominação colonial:

Diante da cruel realidade que desumaniza todos aqueles que fogem à condição de sujeito de direitos humanos e da constatação de que as grandes declarações de direitos cumpriram o papel de manutenção e legitimação dessa mesma ordem, objetiva-se refundar os pilares de sustentação dos direitos humanos a partir de uma noção de humanidade que nos diga respeito, que seja capaz de nos acessar e que não reproduza a colonialidade do ser, do saber, do poder e da natureza (Pires, 2020, p. 306).

Autoras como Rita Segato e Maria Lugones, que trabalham sob a perspectiva decolonial, compreendem o gênero também como processo da colonialidade, que se fez presente em toda a América Latina e que tentou dizimar a formação sociocultural já existente no território, acrescidos da exploração de povos africanos escravizados, desconsiderados de sua humanidade pelo colonizador europeu. O processo de colonização e modernidade se consolidou pela estrutura de dominação das sociedades existentes.

O feminismo decolonial, conforme proposto por Maria Lugones (2020), tece críticas tanto ao feminismo hegemônico, quanto a teoria decolonial, proposta por Aníbal Quijano<sup>2</sup>, que em sua análise deixa de elencar a categoria gênero e heterossexualidade dentro do sistema de dominação/opressão da colonialidade. Para a autora, também gênero fez parte do processo modernidade/colonialidade, sendo um dos eixos do sistema de poder. A teoria da colonialidade proposta por Aníbal Quijano entende que o poder capitalista, eurocêntrico e global está suportado por dois eixos: a colonialidade do poder e a modernidade. De acordo com a teoria decolonial há a imposição racial e uma classificação geopolítica que define os contornos da colonialidade/modernidade.

No entanto, segundo Lugones (2020, p.67), Aníbal Quijano não se aprofunda na questão do gênero, mantendo uma percepção eurocêntrica patriarcal e heterossexual, e “[...] seu quadro refaz o apagamento e a exclusão das mulheres colonizadas da maioria das áreas da vida social, em vez de trazê-las de volta à vista”, assim corroborando com a dominação de gênero. Para Lugones, a colonialidade de poder e de saber, difundida através da racialização do trabalho e da produção do conhecimento, justificou a subjugação dos povos originários e o processo escravocrata. Acrescenta a autora que, no processo de colonização, as relações de raça, gênero e sexualidade sempre estiveram interligadas. A hierarquização se deu neste conjunto, construindo a ideia de que há diferenças naturais entre as pessoas, justificando a dominação, o que Lugones (2008) conceituou como “sistema moderno-colonial de gênero”, que seria a ideologização da naturalização.

Ao criticar o feminismo hegemônico, Lugones (2008) enfatiza o viés interseccional na análise das categorias gênero, raça e sexualidade na colonialidade. Portanto, ao avaliá-las, percebe-se o quanto as mulheres não brancas eram brutalizadas e invisibilizadas dentro da sociedade colonial, isto porque a percepção de gênero estava fundamentada na mulher branca, europeia.

---

<sup>2</sup> Anibal Quijano, sociólogo introduziu a perspectiva da sobre a colonialidade do poder, imprimindo uma nova leitura ao processo histórico do ‘sistema-mundo moderno’. Segundo o autor, a modernidade e o capitalismo existem em razão do processo de colonização da América, realizado através de um sistema de exploração e opressão-desumanização dos povos originários, e escravizados- sustentado por uma criação de classificação racial/étnica, o que denominou de ‘sistema- mundo colonial moderno’ ou ‘colonial- modernidade’. E, embora houvesse a independência das colônias, a colonialidade ainda opera nos países da América Latina e Caribe, mantendo os mesmos sistemas de exploração. Assim Quijano defende o giro decolonial ou a decolonialidade realocando os sujeitos históricos apagados pela epistemologia ocidental.

Na conceituação do “sistema moderno colonial de gênero”, Lugones (2020) identifica como a representação de gênero foi construída dentro de uma estrutura de poder, que diferenciavam corpos, afirmando que o sistema de gênero apresenta seu lado visível, que constrói hegemonicamente o gênero e a heterossexualidade das relações de gênero. Nesta concepção, somente mulheres brancas foram consideradas mulheres. Já no lado oculto do sistema de gênero, Lugones enfatiza a imposição violenta do conceito de gênero nas sociedades colonizadas, que reduziu mulheres colonizadas à animalidade, a exploração sexual e ao trabalho. De forma brutal, o sistema de gênero moderno/colonial inferiorizou violentamente as mulheres colonizadas.

A colonialidade do poder classificou a população em termos de raça, e a instituiu como justificativa de sua modernidade/colonialidade; e o sistema de gênero condicionou a mulheres não brancas em animais e as mulheres brancas em reprodutoras. Em que pese a subalternidade intrínseca ao gênero, quando sobreposto a categoria raça observa-se como a colonialidade foi ainda mais violenta com as mulheres negras e indígenas.

Aqui, importa ressaltar que muito embora o patriarcado seja a forma mais longínqua das desigualdades, o colonialismo evidenciou como o gênero é construído pelas sociedades, pelas narrativas que legitimam a subordinação e como sua categorização é necessária para o sistema de controle. Gênero foi fisicamente fixado. Se antes o controle patriarcal era compreendido por estruturas de papéis sociais e divisão do trabalho, com a colonialidade do poder, tanto o gênero quanto a raça estavam biologizados, isto é, demarcados pelas diferenças biológicas que justificavam as diferenças hierárquicas (Segato, 2022).

Além da biologização da raça e do gênero, Segato (2022) elenca mais três elementos que diferenciam o patriarcado pré-colonial daquele iniciado com colonialidade: a binarização de hierarquias, a projeção do sujeito universal reconhecido pelos ideais eurocentristas e a despolitização dos espaços domésticos. Ao discorrer sobre a biologização de raça e de gênero, Segato (2022) afirma que são marcas corporificadas e de identificação do ‘outro’.

A autora Oyérónké Oyewúmí (2021) destaca que o corpo, na cultura ocidental, é a base que determina a ordem social. Desta forma, a posição de poder está imperativamente marcada pela biologia, que consagra os privilegiados, afirmando o seu domínio sobre os ‘outros’, ou seja, aqueles identificados como geneticamente

inferiores, o que explicaria as posições sociais assumidas.

[...] uma vez que o corpo é o alicerce sobre o qual a ordem social é fundada, o corpo está sempre em vista e à vista. Como tal, invoca um olhar de diferença, um olhar de diferenciação – o mais historicamente constante é o olhar generificado (Oyewúmi, 2021, p. 28).

A binarização foi um dos traçados marcantes no processo colonizador, isto porque, a colonização se fez por meio de uma estrutura binária de suplementação do outro. Enquanto a estrutura dual traz a complementação de um pelo outro, o que Segato (2021) chama de estrutura de dois, a estrutura binária é hierárquica, reconhece um como sujeito universal em contraponto ao outro, para o qual não há lugar de pertencimento, corpos objetificados e marcados pelo sistema colonial- moderno.

Através dos corpos estão marcados os binarismos como natureza/cultura, público/privado e visível/invisível, vinculados a homens e mulheres e suas distinções sociais. Desta forma ao se projetar um sujeito universal, aqueles que não aderem as características que se projetam neste sujeito são os outros, objetificados e destituído de reconhecimento como ser humano. A ideia de humanidade entendida pelo colonizador ocidental descarta homens e mulheres colonizados e escravizados, vistos como não humanos.

Ao se invisibilizar os diferentes, pela cultura ocidental, houve o apagamento da história e da cultura de outros povos, desconsiderando sua posição de sujeito. De acordo com Oyewúmi (2021, p.47): “as teorias ocidentais tornam-se ferramentas de hegemonia na medida em que são aplicadas universalmente, partindo do pressuposto de que as experiências ocidentais definem o humano”.

Curiel (2020) destaca que o feminismo decolonial ratifica a colonialidade do saber, produzida pela teoria decolonial, que identifica que a produção de conhecimento válida é sempre ocidental, se proclamando um conhecimento racional, neutro, universal e positivo, silenciando o conhecimento das populações subalternizadas. Neste sentido, o outro é sempre estudado pela ótica do eurocentrismo, o que o torna apenas objeto do estudo.

Outro ponto determinante trazido pela colonização foi a despolitização das mulheres. Destaca-se que nas sociedades coloniais não havia marcadores profundos entre o público e privado, as mulheres participavam da vida comunal colaborando entre si, no trabalho produtivo e reprodutivo. Com o colonialismo as mulheres foram retiradas dos espaços públicos, ficando restrita ao espaço doméstico. A ruptura dos

laços entre as mulheres e seu silenciamento dentro da comunidade as tornaram mais suscetíveis à violência doméstica e a subjugação masculina (Segato, 2021).

Para Rita Segato (2022), a dominação pelos corpos, ainda tão presente no Sul Global, é consequência das invasões e colonizações ocorridas a partir do Século XVI, com a determinação de uma “natureza” e biologia aos corpos dominados. Assim como ocorreu com a raça, os corpos femininos foram subalternizados no mesmo processo de dominação colonial. A violência nas relações de gênero são marcas da colonialidade, assim como o engessamento de posições identitárias são forjadas no processo colonial moderno, que estratificaram os sujeitos em posições fixas pela estrutura binária (Segato, 2022).

Deste modo, os estudos feministas explicitam a natureza generificada e androcêntrica dos discursos ocidentais (Oyewúmi, 2021), evidenciado como categorias foram construídas dentro das relações sociais. Identificado o sujeito universal naturalizou-se as diferenças de gênero, inferiorizando e subordinando as mulheres, desconsiderando-as como sujeito de direitos e negando seu espaço político. Em razão da heteronormatividade forjada o Estado pode controlar, inclusive, o processo reprodutivo das mulheres. Através de diversas narrativas, desde questões morais, até religiosas as mulheres foram destituídas de poder e autonomia sobre os seus corpos, enquanto as violências perpetradas se mantinham além de invisibilizadas, institucionalizadas.

Portanto, os avanços das normativas referente aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres vêm de muitas lutas dos feminismos contra a violação aos direitos humanos das mulheres, e segue sendo um embate contínuo e de resistência a políticas públicas negligentes à saúde reprodutiva das mulheres.

## 2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E A JUSTIÇA REPRODUTIVA

A sexualidade e a reprodução sempre foram temas sensíveis às mulheres. Os direitos reprodutivos estão intimamente ligados à liberdade reprodutiva das mulheres, validando o direito à autonomia (Ávila, 2019). A ideia da autonomia das mulheres sobre seus corpos, além de tensionar com o controle estatal e suas práticas de “escolha de corpos”, também tem suas reivindicações barradas pelo conservadorismo religioso, que em muito se alinha ao poder político (Biroli, 208, p. 146). O Estado historicamente tem se pautado pelas perspectivas religiosas e, por

mais, que se contemple o Estado laico, os dogmas religiosos ainda permeiam as relações, através de “[...] sanções e estratégias para a produção de sujeitos cujos corpos e comportamentos correspondam à ‘normalidade’ delimitada por discursos de verdade.” (Biroli, 2018, p. 147).

Opondo-se ao controle estatal e ao moralismo religioso que influenciam diretamente a formação do tecido social, os direitos reprodutivos trazem uma nova concepção em que o direito, a escolha e a decisão sobre o corpo são das mulheres. Nesse sentido, os direitos reprodutivos e sexual colocam as mulheres no centro do debate, reconhecendo suas diferenças e as suas desigualdades, compreendendo que suas interações e vivências sociais são heterogêneas. Segundo Maria Betânia Ávila (2019), ao reconhecer os direitos reprodutivos como construção de cidadania, as mulheres deixam de ser objetos de atuação de dinâmicas sociais e são identificadas como sujeitos de direitos, conscientes e autônomas.

De outro norte, importante destacar que os direitos reprodutivos trazem um significado de peso para o processo político, uma vez que demonstram a atuação efetiva das mulheres como sujeitos participativos na construção do espaço democrático. Assim, destaca Ávila (2019), que a inclusão dos direitos reprodutivos e sexuais gera um confronto político no campo da ética, da moral e das relações de classe, gênero e raça. A inserção desses direitos ocorre através de reformas, disputas políticas e ideológicas, e diante do contexto político, social e econômico mais ou menos conservador.

Como o Estado foi, por tradição, instrumentalizado como agente controlador do corpo das mulheres, a perspectiva feminista da autonomia significa um confronto com os vários setores que se interessam, por razões diferenciadas, pela manutenção dessa ordem (Ávila, 2019, p. 169).

Portanto, ao se falar na construção e normatização dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres entram-se em questões complexas de atuação do Estado, que sempre manteve o controle, regulação, intervenção e, também, segundo Flávia Biroli (2018), a valorização diferenciada dos sujeitos sexuados. Na regulação dos corpos emerge a identidade dos que são aceitos ou rejeitados.

As trajetórias das pessoas são impactadas pelo modo como esses corpos são visados por práticas normalizadoras e pela inscrição de violências fundadas não apenas no ódio, mas também em diferentes sistemas de crença e perspectivas morais. (Biroli, 2018, p, 134).

Contextualizando, a apropriação dos corpos das mulheres e toda a violência inerente a esta apropriação caminharam junto com a história do

desenvolvimento das sociedades. Apenas, a partir do final século XX que os direitos reprodutivos e sexuais foram pautados como “política corporal”. Ao entender a sexualidade e a reprodução como política corporal, as feministas compreenderam como seus corpos eram objetificados a serviços de outrem (Federici, 2023, p.39).

Somente com a Conferência das Nações Unidas de População e Desenvolvimento, realizada em Cairo em 1994, e a Conferência Internacional da Mulher de Pequim, em 1995, que houve o reconhecimento de que as restrições legais e políticas impostas à autonomia reprodutiva violariam os direitos humanos das mulheres (Ventura, 2011). A Conferência do Cairo, 1994, foi um marco ao demarcar os direitos reprodutivos como direitos humanos, retirando dos corpos das mulheres a ideia de objetos, o que os tornava mais vulnerável às políticas de coerção (Mano; Almeida, 2023).

Nesse passo, as Nações Unidas recomendaram que fossem reformuladas leis e políticas públicas para garantir o direito reprodutivo das mulheres, englobando a não intervenção em suas escolhas individuais relativas ao exercício da reprodução e da sexualidade e o acesso às informações para garantir o adequado exercício destes direitos (Ventura, 2011).

Assim, com referência aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, houve uma preocupação de cunho individual, garantindo o direito à não intervenção do Estado nas escolhas sexuais e reprodutivas, cabendo a este ente respeitar a autonomia e a decisão das mulheres; bem como uma preocupação social, nesta perspectiva, responsabilizando o Estado pelo dever de agir, promovendo os meios à informação e necessários para o bem-estar reprodutivo (Ventura, 2011).

No Brasil, os direitos reprodutivos e sexuais entraram na pauta das reivindicações dos feminismos no final da década de 1970, criando notoriedade a partir da década de 1980, juntamente com o período de redemocratização do país. A ideia principal estava pautada na autonomia das mulheres para decidirem sobre as suas opções sexuais e reprodutivas, em um momento político em que exprimir opiniões se tornava parte fundante do cenário político e de construção democrática (Ávila, 2019).

Nesse sentido, os direitos sexuais e reprodutivos estiveram intimamente ligados aos direitos da saúde da mulher e suas pautas também exigiam, ainda na década de 1980, um sistema de saúde eficiente, englobando questionamentos sobre o poder e saber médico. No ano de 1983, formulado pelo Ministério da Saúde, foi

implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando as ideias feministas sobre a saúde sexual e reprodutiva. Segundo Ávila (2019), o programa incorporava dois aspectos importantes referentes aos direitos reprodutivos: a luta pela liberdade e sua relação com a saúde das mulheres.

Com a Constituição Federal de 1988 (Brasil), o Brasil se alargou no processo de construção da cidadania, elencou os princípios e objetivos, elegeu cláusulas pétreas estruturando o Estado Democrático de Direito. Dentro desta nova concepção de ideais, a igualdade de direitos entre homens e mulheres e o direito à saúde foram consagrados como direitos fundamentais. Portanto, a partir da Constituição Federal (Brasil, 1988) tratados internacionais de direitos humanos foram recepcionados e os direitos humanos das mulheres, entre eles os direitos reprodutivos e sexuais, passam a ser discutidos dentro de modelo de cidadania, não sem uma luta constante dos feminismos, que denunciam as violações aos direitos humanos das mulheres e violências que as mulheres são vítimas, ainda que naturalizadas pelos eixos de estruturação da colonialidade.

Atentando-se para a formulação do Estado Democrático de Direito e a suas normativas de igualdade perante lei, consagrado como direito fundamental é oportuno destacar a autora Lélia Gonzalez (2020) que afirma o caráter formalista da garantia fundamental da igualdade, que continua a manter opressores e oprimidos por um discurso ideológico ainda presente culturalmente. Através dele se reproduz a racialização de homens e mulheres, naturalizando condições socioeconômicas. Segundo (Gonzalez, 2020, p. 89), “é por aí que dá pra gente entender a ideologia do branqueamento, a lógica da dominação que visa a dominação da negra mediante a internalização e reprodução dos valores brancos ocidentais”. Neste entendimento, dentro deste discurso ideológico, as mulheres negras são ainda marcadas pela racialização e pelo sexismo.

Jurema Werneck (2016) corrobora este entendimento afirmando que o racismo condiciona a formação da democracia no país, e por consequência reduzindo a abrangência de cidadania, pois mantém em sua formação as imagens de controles, de inferiorização, justificando o tratamento desigual. Werneck (2016, p. 541) afirma que, “apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível”.

Outro componente determinante para a invisibilidade da opressão, além da

atuação entre indivíduos e grupos sociais, e ainda mais nocivos pois menos identificado é o racismo institucional estruturado em políticas e normativas. Segundo Werneck (2016, p. 542), “[...] ele atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas produzindo e reproduzindo a hierarquia racial”.

Sob este olhar, é importante pontuar que embora consagrados como direitos humanos os direitos reprodutivos não devem ser normatizados como idealização universal, mas contribuir, através de estratégias e atuação para a diminuição das desigualdades de classes, de raça e de gênero, engendrando conceitos e princípios que sejam bases para a redefinição de políticas públicas inclusivas. Isto porque ao ser entendido como universal impede que sua tutela atinja as mulheres de forma igualitária, considerando a existência plural de mulheres e de vivências diferenciadas (Goes, 2021).

Buscando identificar e reconhecer as singularidades das mulheres e como são atravessadas pelos marcadores de raça, de classe, de sexualidade, entre outros, pauta-se o movimento sobre a justiça reprodutiva. Recente categoria de análise dos movimentos feministas, se consolida após a Conferência do Cairo de 1994, quando o termo justiça reprodutiva é cunhado pelo movimento de mulheres afro-estadunidense, latinas e asiáticas, entendendo “[...] que a justiça reprodutiva fornece um ambiente político para um conjunto de ideias, aspirações e visões que engloba todas as questões relacionadas à justiça social e aos direitos humanos” (Goes, 2021, p.128-129). Construindo sua análise a partir de como as experiências vivenciadas por mulheres racializadas se faz em um complexo de opressões e hierarquia, Fernanda Lopes (2023, p.220) identifica a opressão reprodutiva como:

[...] o controle e a exploração de mulheres, meninas e indivíduos através de seus corpos, sexualidade, trabalho e reprodução. A regulação desses corpos torna-se assim um poderoso e estratégico caminho para controlar comunidades inteiras. Envolve sistemas de opressão baseados em raça, capacidade, classe, gênero, sexualidade, idade e status de imigração.

Para Emanuelle F. Goes (2021), a regulação dos corpos das mulheres, embora ocorra para todas, se faz de forma racializada. Enquanto as mulheres brancas são levadas a maternidade compulsória, mulheres negras são direta ou indiretamente levadas a não maternidade, seja pela esterilização forçada, ou pela exposição maior ao aborto inseguro, ou ainda em razão da falta de acesso aos serviços de saúde

reprodutiva.

Ao exercer o controle sobre os corpos das mulheres, o Estado dita quem tem permissão para reproduzir. Também, segundo Silvia Federici (2023), a procriação tem o caráter de classe e é racializada. Poucas são as mulheres que podem decidir em quais condições querem ter seus filhos. São as mulheres brancas de classes mais elevadas que possuem o direito incondicional garantido. As opções tanto de decidirem ser mães ou a forma de parto ou garantia de um futuro aos seus filhos confere a estas mulheres o direito à autonomia. Em contrapartida, mulheres negras, proletárias cuja insegurança econômica é uma realidade, a maternidade é, muitas vezes, sinônimo de exclusão e penalização social.

[...] a maternidade não é um destino. Mas tampouco é algo a ser programaticamente evitado, como se fosse a causa da miséria e da exploração das mulheres. A capacidade de dar à luz e o fato de possuir um útero não são uma maldição- uma maldição da qual uma profissão médica (que nos esterilizou, nos lobotomizou, nos ridicularizou quando choramos de dor ao dar à luz) deve nos libertar. A maternidade tampouco é um ato de performance de gênero. Pelo contrário, ela deve ser entendida como decisão política, de afirmação do valor (Federici, 2023, p. 36).

Atrelada a ideia não só do direito reprodutivo, mas igualmente sobre a saúde reprodutiva, a justiça reprodutiva procura reconhecer a importância das condições das mulheres e seu acesso à saúde reprodutiva. Segundo Goes (2021), saúde reprodutiva é caracterizada pela ideia de as pessoas terem acesso à informação e na autonomia de escolha de terem ou não filhos e aos métodos contraceptivos podendo, inclusive, recorrer ao aborto seguro, bem como informação e autonomia das pessoas que gestam<sup>3</sup> sobre sua relação com parto. Desta forma, a garantia à saúde reprodutiva se faz pelo acesso às informações e aos serviços de saúde de qualidade.

Enquanto os direitos reprodutivos, já amplamente debatido, se caracterizam pela garantia legal das mulheres fazerem suas escolhas reprodutivas. A justiça reprodutiva é mais abrangente englobando a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos. De acordo com Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2021, p.36), “reconhecendo a necessidade de proteções legais, a justiça reprodutiva visa transformar os direitos humanos formais em direitos reprodutivos substantivos”. Ainda,

---

<sup>3</sup> Embora a pesquisa trate dos direitos reprodutivos das mulheres, na perspectiva dos direitos humanos, ressalta-se que a violência obstétrica está interseccionada com demais marcadores que atingem as pessoas de forma diferenciadas. Neste contexto, ao se falar em pessoas às margens do modelo cisheteronormativo é preciso também lembrar de homens trans que gestam e podem sofrer violência obstétrica.

destacam as autoras, que enquanto a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos defendem a integralidade da pessoa de forma individualizada, a justiça reprodutiva defende “a integridade física de grupos e comunidades como uma dimensão importante da liberdade reprodutiva” (Collins; Bilge, 2021, p. 136).

Apesar dos avanços legislativos, os direitos reprodutivos, assim como a estrutura da saúde reprodutiva, ainda estão focados na ideia de marcadores individualizados, sem analisar como outros marcadores interseccionais estão presente e são determinantes nas relações sociais. Nesse sentido, a justiça reprodutiva identifica como as condições sociais das mulheres irão influenciar diretamente no destino reprodutivo destas, não sendo uma questão de escolha individual, mas de uma realidade social de desigualdades (Goes, 2021).

Portanto, tanto a decisão de ter ou não filhos, assim como as condições sociais das famílias e das comunidades estão ligadas à justiça reprodutiva, entendendo os direitos reprodutivos como uma escolha individual, mas amplamente interconectado com os demais marcadores sociais que permeiam os corpos das mulheres. Lopes (2023, p.225) é categórica ao afirmar que é “[...]uma inverdade dizer que uma mulher pode tomar uma decisão individual e autônoma sobre seu corpo se ela faz parte de uma comunidade cujos direitos humanos são, reiteradamente, violados”. Assim, a justiça reprodutiva expande sua margem para garantir cidadania, isso inclui apoio ao gestar, ao parir, ao alimentar, ao cuidar e ao educar. Em suma, os direitos reprodutivos só estão garantidos quando promovida a justiça social.

Definir a autonomia, o direito de escolha sobre a sexualidade e a reprodução continua sendo a luta reivindicatória pela libertação das mulheres. Embora a emancipação feminina tenha realizado conquistas relevantes, possui pontos em aberto (Federici, 2023). Tornar-se sujeito de direitos é tomar consciência do seu próprio corpo. Contudo, quando tangenciadas pela interseccionalidade, a liberdade sexual e reprodutiva está impedida por circunstâncias sociais e culturais seculares.

De acordo com Biroli (2018), entender as diferentes forças de desigualdade, de controles e privilégios é essencial para a implementação de políticas públicas referente à reprodução e sexualidade. Para a produção de políticas públicas torna-se imprescindível o direito ao controle sobre o próprio corpo e o contexto social vivenciado, novamente retornando a ideia de desigualdades de gênero, classe, raça e sexualidade na igualdade normativa. Não sendo possível tratar direitos individuais como iguais a todas as pessoas, sem levar em consideração a posição de cada

indivíduo e seu contexto. É necessário romper com a abstração normativa e identificar as relações que envolvem os indivíduos (Biroli, 2018).

Nesse sentido, o compromisso da interseccionalidade como produtora de uma investigação e práxis críticas é uma ferramenta analítica fundamental para promoção da justiça reprodutiva, para mulheres em situação de vulnerabilidade (Collins, Bilge, 2021). Assim, pela perspectiva da justiça reprodutiva, não basta dar as mulheres o direito a tomada de decisão, mas dar os suportes necessários para que esta escolha seja segura e acessível. Portanto, de acordo com Lopes (2023, p. 225), a justiça se materializa:

[...] na eliminação das desigualdades socialmente produzidas, evitáveis ou remediáveis no exercício dos direitos reprodutivos por parte dos diferentes grupos de mulheres. Sua potência se conforma em um convite real à aplicação de normas éticas, focadas na dignidade de cada uma das mulheres e das pessoas com útero, bem como na distribuição real de poder. Como costume dizer, a defesa da justiça reprodutiva nos obriga a estar, cotidianamente, sujeitos ao tribunal da consciência. Pensando e repensando que não há escolhas se não há acesso. Não há acesso e escolhas se não há direitos. Não há acesso, escolhas e direitos numa sociedade racista, sexista, patriarcal e cis-heteronormativa, sem democracia e sem justiça.

No âmbito da tutela aos direitos reprodutivos, portanto, o direito a autonomia das mulheres deve estar intimamente ligado ao sistema de saúde que acolha as mulheres de forma integral, destituído da ideia de verticalização entre os profissionais de saúde e as mulheres, diante de uma hierarquia de saber/poder. Ao passo que a justiça reprodutiva, ao integrar não só o indivíduo, mas toda a comunidade marginalizada e vulnerabilizada, se fundamenta como justiça social.

De uma maneira geral, em uma sociedade cuja desigualdade salta aos olhos, e o direito à saúde reprodutiva não chega de forma equânime a todas as regiões do país, ou de forma igualitária a todas as mulheres, o direito reprodutivo está sendo invisibilizado, assim como o direito à autonomia e conhecimento destas mulheres. Baixa escolaridade, menores salários e acessos precários à saúde pública afetam diretamente mulheres negras e periféricas, cuja consequência recai sobre a capacidade de exercer seus direitos reprodutivos e sexuais, o que leva a outra consequência a precariedade, a violência e a exclusão (Redes da Maré, 2024).

Outrossim, ao pensar em justiça reprodutiva persegue-se o direito de todas as pessoas gerarem seus filhos em ambiente seguro e saudável, sem estarem sujeitos à violência institucional, possibilitando que estes corpos possam vivenciar, segundo Lopes (2023, p. 2019):

[...] a gravidez, o parto e o pós-parto, bem como a maternidade, em segurança, livre de violência obstétrica ou qualquer outra expressão da violência de gênero impetrada contra mulheres e homens trans que, embora possam parir, vivenciam a paternidade (Lopes, 2023, p. 219).

Ao pensar no direito de escolha de ter ou não filhos Laura Davis Mattar e Carmem Simone Grilo Diniz (2012) tecem algumas considerações. Primeiramente a escolha forjada das mulheres pela maternidade para se adequarem um processo social, onde ter filhos continua sendo a função das mulheres. Esta maternidade, ainda que supostamente escolhida pelas mulheres perpetua o controle regulador da sociedade sobre os corpos das mulheres. De forma oposta, a maternidade voluntária advém da escolha consciente das mulheres, exercendo plenamente sua autonomia de terem filhos.

Não obstante, sendo ou não voluntária, a vivência da maternidade está atravessada por fatores sociais, raciais, sexuais e etários o que Mattar e Diniz (2012) convencionaram chamar de hierarquias reprodutivas. Quanto maior for a integração destes fatores maior vai ser aceitação ou não desta maternidade. A maternidade mais prestigiada está vinculada ao modelo social cisheteronormativo. De forma que “a maternidade admirada é ainda aquela que está dentro de um padrão prescrito socialmente” (Mattar; Diniz, 2012, p.113).

De outro norte, quanto mais se opuser a este padrão, menor será o exercício dos direitos humanos e maior a exclusão social. As autoras complementam anexando outras combinações à maternidade não aceitas socialmente, contribuindo ainda mais para exclusão: mulheres com deficiências físicas ou mentais, não saudáveis, usuárias de drogas, em situação de rua, infratoras ou detentas, garotas de programas, entre outras. A violação aos direitos humanos destas mulheres é ainda menos contestada. Segundo as autoras: “São estas as mães que estão na base da pirâmide hierárquica da reprodução, que exercem o que chamamos de ‘maternidades subalternas’” (Mattar; Diniz, 2012, p.116).

Portanto, o direito a assistência obstétrica no país está atravessado por inúmeros marcadores que marginalizam as pessoas que gestam e invisibilizam seus direitos reprodutivos e à saúde reprodutiva, pois possuem menos acesso a serviços de saúde de qualidade e menos condições de pleno gozo da maternidade. Estas limitações “[...] são produzidas e reproduzidas pelas negligências e violências sistemáticas perpetradas sistematicamente por instituições do Estado, que reforçam

a exclusão e a vulnerabilidade dessas mulheres” (Redes da Maré, 2024, p. 28).

Neste fio, analisando a assistência obstétrica pela perspectiva da justiça reprodutiva, observa-se que a violência está tangenciada pelo viés da interseccionalidade, apresentando-se como uma violência de gênero, podendo ser identificada como uma violação aos direitos humanos das mulheres. Diante das inúmeras violações cometidas, a partir da década de 1980 a violência obstétrica passou a ser denunciada e analisada com maior ênfase como uma violação aos direitos reprodutivos das mulheres, descortinando a naturalização da violência institucional, porém somente a partir dos anos 2000 que a humanização à assistência obstétrica foi sendo incorporada como política pública, como será tratado no último tópico deste capítulo.

### 2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Para entender a violência obstétrica como uma violência de gênero perpassa primeiramente compreender gênero como um construto social interseccionados com demais categorias analíticas que se fundem e estruturam a formação da sociedade. Além disso, é preciso manter o olhar crítico aos direitos reprodutivos das mulheres, a fim de que a norma se traduza em cidadania.

Observando, ainda, se estes direitos estão sendo respaldado em uma assistência qualificada à saúde das mulheres, também direito fundamental normatizado.

O entendimento de violência gênero emerge a partir dos estudos sobre gênero como uma construção social. Esta construção social e cultural de gênero formou relações assimétricas entre homens e mulheres, baseado na relação de hierarquia e de dominação dos homens sobre as mulheres. Para Heleith Saffioti (2015, p.81-82), “[...] a rigor, todavia, os corpos são gendrados, recebem um *imprint* do gênero”.

Gênero reflete uma estruturação de poder nas relações sociais, baseadas, segundo Joan Scott (2019) nas diferenças percebidas entre os sexos. Conforme Scott (2019 p.67), “mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudança nas representações de poder”. Para embasar a constituição das relações sociais fundamentadas nas diferenças decorrentes do sexo, a autora (2019) identifica quatro elementos relacionados entre si:

Iniciando com as representações simbólicas culturalmente assimiladas que denotam representações múltiplas, e por vezes contraditórias, aqui a autora exemplifica apresentando Eva e Maria como os símbolos da mulher, bem como a identificação do gênero nos binarismos luz e escuridão, os símbolos da inocência e purificação, que estão sendo representados pela placidez que simboliza o feminino.

O segundo aspecto apresentado por Scott (2019) são os conceitos normativos, sejam eles, religiosos, educativos, políticos, jurídicos, científicos, que irão interpretar os símbolos, dando sentido ao que é feminino e o que é masculino. Resultando em um conceito predominante, embutido a ideia da certeza e imutabilidade das relações impostas, conforme explana Scott (2019, p. 67): “A posição que emerge como dominante é, apesar de tudo, declarada única possível. A história posterior é escrita como se essas posições normativas fossem o produto de um consenso social e não de um conflito”.

Com relação ao terceiro aspecto levantado pela autora está em entender as relações de gênero que têm as representações simbólicas representadas tanto nas relações domésticas, quanto nas relações políticas. O quarto e último aspecto se insere na identidade subjetiva de gênero, identificando que a determinação biológica dos indivíduos, homem e mulher, foi imposta pelos conceitos normativos dos dominantes (Scott, 2019).

Scott ainda lembra que gênero não é o único marcador que estruturam as relações de poder, porém “[...]é uma forma primeira de significar as relações de poder. Seria melhor dizer que o gênero é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado” (Scott, 2019, p. 69). Importante ressaltar, conforme lembra a autora, que a definição que constitui a ideia do homem e da mulher, não possui um significado definitivo e transcendente e embora pareçam imutáveis elas se adequam as necessidades de controle e dominação da sociedade.

Esta breve análise é importante para desmitificar a ideia corrente que as mulheres estão associadas à fragilidade e à submissão como fatores inerentes ao seu sexo biológico. Além disso, é possível compreender ainda como a violência de gênero está associada a ideia de austeridade, permeada pela ideia de controle e dominação, advindas da construção cultural. (Bandeira, 2019).

A violência de gênero, portanto, impõe-se historicamente sobre as mulheres e estão fundadas nas relações desigual de poder, que estabelece uma relação de submissão e intimidação, constituindo um fenômeno social que persiste,

envolvendo o uso da força real ou simbólica (Bandeira, 2019). A força simbólica está engendradora na construção social da submissão feminina como lógica da sociedade, aceita de forma inconsciente, instituída pela diferenciação do uso dos corpos. Neste sentido, Pierre Bourdieu (2023, p.69) comenta que o efeito da dominação simbólica:

[...] se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos habitus e que fundamentam, aquém das decisões de consciência e dos controles de vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma.

Portanto, a violência perpetrada contra as mulheres não se caracteriza como uma patologia, mas como, “permissão social” concedida aos homens, sendo uma violência cometida contra as mulheres, estando fundamentada no controle sobre seus corpos (Bandeira, 2019). Já o uso da força real é marcado pelas diferenças de poder que ocorrem entre homens e mulheres que possuem algum vínculo, podendo ocorrer tanto na esfera privada, quanto na esfera pública. Assim, define-se a violência de gênero:

[...] entende-se que as ações violentas são produzidas em contexto e espaços relacionais e, portanto, interpessoais, com cenários sociais históricos não uniformes. A centralidade das ações violentas incide sobre a mulher, quer sejam estas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e público.” (Bandeira, 2019, p. 295).

Denota-se então que, a relação de poder está tão fortemente enraizada ou fundamentada no tecido social, que a violência exercida pelos homens às mulheres está justificada pela normatividade advinda da religião, da política, do Estado, dentro outros valores impostos, enfim os chamados construtos sociais. Neste sentido, Saffioti (2015) afirma que muitas vezes esta violência está de tal forma naturalizadas nas relações humanas que se torna difícil conceituar como ruptura da integridade da vítima, seja física, moral, psíquica ou sexual, sendo mais eficiente conceituar como direitos humanos, e a violência como toda ação ou omissão capaz de violá-los.

Para Federici (2020) gênero é um processo disciplinador, mas que se mantém não só pela imposição de normas, mas também pela organização política e econômica de tal forma socialmente engendradora que impede a ruptura deste sistema. Assim, o patriarcado não se manifesta apenas nas relações de âmbito privado, mas presente na estrutura de poder, refletindo nas ações do Estado (Saffioti, 2015). Desta forma, institucional praticada por profissionais de saúde atrelados a uma instituição de saúde está inserida como violência de gênero. Desloca-se o violador, do âmbito

doméstico para o público, mas a violência continua a ser perpetradas nos corpos das mulheres, legitimados pelo controle do saber (Souza, 2022). Carmem Simone Grilo Diniz (2005, p.631), em seu artigo intitulado Humanização da assistência ao parto no Brasil - os muitos sentidos de um movimento, já denunciava:

A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde.

Desta forma conceituar a violência obstétrica como uma violência e não como algo natural, fica mais evidente ao entender o processo de estruturação histórica da violência de gênero, de como as mulheres foram, ao longo do tempo, subalternizadas por uma estrutura social que tangenciou as mulheres ao espaço doméstico.

A violência obstétrica pode ser entendida como as diversas formas de violência ocorrida deste o pré-natal, no parto, no pós-parto e abortamento (Diniz *et al.* 2015). Para Thamis Dalsente Viveiros Castro (2019) é uma forma de violência sofrida nos serviços de saúde reprodutivo, violando o direito à vida, à saúde das gestantes, violando o princípio da dignidade da pessoa. Assim de acordo com a autora “[...]é possível afirmar que qualquer conduta que prive de direitos fundamentais e viole a autonomia da gestante configurará violência obstétrica e comprometerá a garantia de um parto humanizado e seguro[...]”(Castro, 2019, p. 24).

Segundo as autoras Kondor e Werner (2013), no texto produzido para o Relatório de Direitos Humanos no Brasil, a violência obstétrica se perfaz na violação ao direito à intimidade, à informação e as tomadas de decisões e aos tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, não podendo sinalizar que esta violência é realizada somente pelo profissional da saúde, podendo ser plurais as violações aos direitos reprodutivos das mulheres.

Conforme Dossiê apresentado pela Rede Parto do Princípio, para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra Mulheres, os atos que caracterizam a violência obstétrica são:

[...] aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis [...]. (Cielo *et al.*, 2012, p.60).

Atentando-se ainda que a violência pode ser física, psicológica, sexual,

institucional e/ou midiática e por práticas rotineiras evitáveis e sem evidências empíricas. São inúmeras as práticas de violências, desde a privação de alimentos, interdição à movimentação da puérpera, tricotomia<sup>4</sup>, manobra de Kristeller<sup>5</sup>, uso rotineiro de ocitocina<sup>6</sup>, rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo, posição de litotomia ou supina para o parto<sup>7</sup>, cesariana sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando necessária, ainda ameaças, ofensas, humilhações, omissão de informações ou prestadas de modo pouco acessível. Ainda episiotomia<sup>8</sup>, ‘ponto do marido’<sup>9</sup>, assédio, exames de toques invasivos, exames ou procedimentos sem consentimento, se estendendo até impedimento de acesso aos serviços de atendimento à saúde, cobrança indevidas para viabilizar a entrada do acompanhante, apologia à cesariana sem qualquer indicação científica, entre outras.

Enfim, a violência obstétrica se configura da apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e pelo abuso da medicalização e patologização dos processos naturais (Ciello *et al.*, 2012).

A medicalização do parto se fundamenta em uma visão pessimista dos corpos femininos. Corpos passivos perante a uma instituição hospitalar. Há uma objetificação das mulheres pelo discurso do saber. Nesse cenário as mulheres perdem sua autonomia e protagonismo que são repassados para as instituições médicas (Souza, 2022). Segundo Frederici (2023, p. 82): “A história da medicina tem demonstrado seu poder de disciplinar da sociedade, especialmente as mulheres, através do controle social e reprogramação de corpos [...]”.

---

<sup>4</sup> Raspagem de pelos (Ciello *et al.*, 2012);

<sup>5</sup> Manobra de Kristeller consiste no uso da força das mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. [...] diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho. (Ciello *et al.*, 2012, p.103).

<sup>6</sup> Hormônio que aumenta as contrações uterinas, acelerando o trabalho de parto. (Hirsch; Mendonça, 2020, p.74).

<sup>7</sup> Posições horizontais de barriga para cima (Ciello *et al.*, 2012, p.108).

<sup>8</sup> A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos (Ciello *et al.*, 2012 p.80).

<sup>9</sup> Durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto (Ciello *et al.*, 2012 p.85).

Sob este prisma cabe ressaltar que a formação dos profissionais de saúde é elemento chave para proporcionar uma ruptura com esta visão patológica dos corpos das mulheres. Entretanto, os profissionais estão ainda resistentes a este conceito de humanização de atendimento, mantendo um atendimento baseado na relação sujeito-objeto. Diniz *et al.* (2015, p. 03), ainda, explana como os corpos das mulheres têm sido cobaias para treinamento médico, apresentando novamente a hierarquia da assistência, afirmando que:

[...] quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento.

Portanto, a violência obstétrica está atravessada pelo gênero, raça, classe econômica, de geração ou orientação sexual, vulnerabilidades sociais, deficiências, entre outras categorias de opressão.

Ainda em 1996, pressionada pelos movimentos de humanização ao parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação para a condução do parto, como as recomendações sobre os procedimentos identificados pela medicina baseada em evidências (MBE). Este documento enfatiza o direito das gestantes em realizar seu parto sem necessidade de intervenções invasivas, classificando as práticas médica em quatro grupos: práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; práticas que são danosas ou ineficazes e merecem ser abandonadas; práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada (OMS, 1996).

Também a CEDAW, através de suas recomendações vêm pautando diretrizes para melhoria na qualidade à assistência à saúde das mulheres, principalmente ao exercício dos direitos reprodutivos e sexuais. Também na América Latina muitos países já vêm criando mecanismo jurídicos para coibir a violência obstétrica. A Venezuela foi o primeiro país a legislar sobre o assunto em 2007, seguido pela Argentina em 2009, Panamá e Bolívia em 2013 e, em 2017, o Uruguai também criou a lei contra a violência obstétrica (Leite *et al.*, 2020).

Fazendo um comparativo entre a leis da Argentina e Venezuela, Ciello *et al.* (2012, p. 36) destaca que ambas são parecidas na definição de violência obstétrica, constituída por “[...] apropriação do corpo e processo reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso de medicalização e patologização dos processos naturais.” No entanto, a lei da Venezuela traz um importante complemento, advertindo que a violência obstétrica ao retirar a capacidade de decisão das mulheres sobre seus corpos e sexualidade, pode causar impactos consideráveis na qualidade de vida delas. Além disso a lei venezuelana tipifica os delitos com a respectiva punição, além de prever a responsabilidade civil daquele que comete o delito, com a devida reparação ou indenização do dano causado à vítima. Contudo, de acordo com as autoras, falta a legislação venezuelana a humanização do atendimento, o que está melhor estruturado na legislação Argentina.

No Brasil, não há uma lei federal que trate sobre o tema, apesar de constitucionalmente garantido o direito à saúde, à integridade física e mental e a não discriminação (Brasil, 1988), há apenas leis federais esparsas, como Lei 11.108, de de abril de 2005 (Brasil,2005a); e a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (Brasil,2007a), conforme será melhor apresentado no quarto capítulo<sup>10</sup>.

No Congresso Nacional, há alguns projetos de lei tramitando referente à violência obstétrica, conforme listado abaixo:

- (a) Projeto de Lei de n. 2.082, de 2022, de iniciativa da Senadora Leila Barros, altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção;
- (b) Projeto de Lei n. 422 de 2023, de autoria da Deputada Laura Carneiro, tem como objeto incluir a violência obstétrica entre os tipos de violência previstos na Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, dispondo sobre o dever dos diversos poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas

---

<sup>10</sup> <sup>9</sup> Importa salientar que, diante da omissão do Estado brasileiro de legislar sobre o tema, os estados federados têm se debruçado sobre a questão. O Estado de Santa Catarina foi o primeiro a promulgar a Lei de n.17.097 de 17 de janeiro de 2017, após integrada à Lei de n. 18.322 de 05 de janeiro de 2022 que trata sobre as Políticas Públicas de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres, no Capítulo V (Santa Catarina, 2022).

- para a sua prevenção e repressão. Está apensado ao Projeto de Lei 7.633 de 2014;
- (c) Projeto de Lei de n. 2.373 de 2023, de autoria Deputada Laura Carneiro, dispõe sobre a Violência Obstétrica e Ginecológica na assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde;
  - (d) Projeto de Lei n. 8.219 de 2017, de autoria do Deputado Francisco Floriano, apensando ao Projeto de Lei 7.867 de 2017, dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após o parto.
  - (e) Projeto de Lei n. 6.567 de 2013, de autoria do Senador Gim Argello, dispõe sobre a inclusão da obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em oferecer à gestante parto humanizado.

Em que pese a falta de legislação específica, o Estado brasileiro assinou tratados internacionais de direitos humanos, assumindo o compromisso de atuar para reduzir violações a estes direitos. Ao que se refere aos direitos à saúde das mulheres, mais especificamente aos direitos reprodutivos a recomendação destas organizações está, principalmente, na redução nos números da mortalidade materna evitável. Para isso, o país vem trabalhando com portarias do Ministério da Saúde, com objetivo de diminuir a mortalidade materna e neonatal, ampliar e qualificar a assistência obstétrica, com a melhoria da relação do profissional da saúde com a paciente, através da humanização no atendimento.

Entre as políticas públicas realizadas pelo Estado, foram implementadas, dentre outras: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-PHPN – Portaria 569 de 2000 (Brasil, 2000a); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e diretrizes de 2004 (Brasil, 2004a). A partir de então houve a formulação de outras políticas públicas sendo a Rede Cegonha a mais completa política pública na assistência obstétrica, recentemente atualizada e renomeada como Rede Alyne.

Importante também ressaltar a dificuldade do Estado brasileiro em conceituar a violência obstétrica, isto porque, mesmo se discutindo a violação aos direitos reprodutivos das mulheres, o termo “violência obstétrica” foi rejeitado pelo Ministério da Saúde, optando pelo termo mais ameno como humanização do parto. Mas, apesar da negativa, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), ainda em 2019, recomendou que o Ministério de Saúde interrompa qualquer exclusão ao termo violência obstétrica, já que reconhecido pela Organização Mundial de Saúde- OMS,

também reconhecido por demais países. Ademais, recomendou que se trabalhe com mais intensidade e firmeza no combate a tais práticas, conforme já recomendado também pela OMS (Brasil, 2019).

Do exposto, o que se observa é que a violência obstétrica é um problema de saúde pública e uma violação aos direitos reprodutivos das mulheres e ao direito fundamental à saúde. É uma violência camuflada em tradições e costumes, muitas vezes imperceptíveis, pela própria estratificação que moldou a sociedade. É uma violência de gênero e é institucionalizada, em virtude de práticas hospitalares consideradas rotineiras não reconhecerem a violência que se estabelece em uma relação assimétrica instaurada pela percepção vertical em que poder/saber, aqui identificado na figura do profissional de saúde, só observa na outra ponta um corpo patológico/objeto. Transformar esta percepção para uma assistência à saúde humanizada é dever do Estado brasileiro.

A partir do próximo capítulo, é apresentado um processo histórico de construção das garantias aos direitos humanos das mulheres, através da análise das Convenções e Tratados Internacionais, as recomendações aos Estados signatários e sua consequência na formulação de políticas públicas no Brasil.

### **3 PROTEÇÃO AOS DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES: DOCUMENTOS INTERNACIONAIS REFERENDADOS PELO BRASIL E SEUS DESDOBRAMENTOS NO CONTEXTO NACIONAL**

Entendendo a violência obstétrica como uma violação aos direitos reprodutivos das mulheres é importante agregar à construção normativa de tutela aos direitos das mulheres no âmbito internacional, em especial aos direitos reprodutivos e os reflexos da recepção destes tratados pelo Estado brasileiro. Assim, neste capítulo, são abordados os principais documentos internacionais que o Brasil recebeu e sua importância na sistematização das políticas públicas referente aos direitos reprodutivos e a própria assistência à saúde das mulheres.

#### **3.1 CONVENÇÕES INTERNACIONAIS DE ÂMBITO GLOBAL REFERENDADAS PELO BRASIL**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 se apresenta como marco acerca da tutela internacional aos direitos humanos, pós Segunda Guerra Mundial, estabelecendo um patamar universal de cidadania (Pitanguy; Miranda, 2006). Contudo, esta declaração foi construída através de um conceito universalista e hegemônico do ser humano, conforme já comentado no capítulo anterior. Assim, enquanto os direitos humanos se consolidavam como universais, os movimentos sociais reivindicavam as especificações destes direitos:

Eles passaram a conjugar-se não mais a partir de um conceito abstrato de humanidade, e sim baseados no reconhecimento da diversidade em função, principalmente, de gênero, raça, etnia, idade, orientação sexual, dentre outros (Pitanguy; Miranda, 2006).

Neste contexto, a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) resultou de intensas reivindicações dos feminismos atuantes nas décadas de 1960 e de 1970. A CEDAW se corporificou incentivada pelo ano de 1975 ser proclamado como o Ano Internacional da Mulher, bem como pela primeira Conferência Mundial sobre a Mulher que pressionou para a elaboração do documento internacional de proteção às mulheres (Piovesan, 2000).

Considerada uns dos primeiros documentos internacionais a colocar luz às violações aos direitos humanos das mulheres, a CEDAW é um importante documento jurídico internacional no contexto da discussão sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e a promoção da igualdade por parte dos Estados- parte<sup>11</sup> (Coelho, 2023).

Aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979, através da Resolução 34/180, a CEDAW entrou em vigor em setembro de 1981, reafirmando a igualdade entre os homens e mulheres no campo político, econômico, social, cultural, civil assegurando sua liberdade e integridade física. Por sua especificidade, a CEDAW evidencia a ocorrência de discriminações contra as mulheres em espaços públicos e privados, “[...] podendo ser diretas ou indiretas e intencionais ou não intencionais pelas leis, práticas e/ou costumes, o que lhe garante um caráter multidimensional” (Santos; Pereira, 2017, p. 160).

Embora a CEDAW tenha recebido ampla adesão dos Estados, segundo Flávia Piovesan (2000), é também a que possui, dentre os tratados internacionais de direitos humanos, o maior número de reservas formuladas pelos Estados. O documento comporta duas vertentes, a repressiva-punitiva, proibindo a discriminação, bem como a positiva-promocional, objetivando promover a igualdade por meio da adoção de políticas públicas afirmativas (Piovesan, 2000). Para Piovesan (2011), a CEDAW alia a proibição da discriminação com políticas afirmativas compensatórias para acelerar a igualdade material. Sobre as políticas públicas, a autora explana:

Devem ser compreendidas não somente pelo prisma retrospectivo – no sentido de aliviar a carga de um passado discriminatório –, mas também prospectivo, com o intuito de fomentar a transformação social, criando uma nova realidade (Piovesan, 2011, p. 53).

A CEDAW, dentre outros, reconhece o direito à saúde das mulheres disposto no artigo 12 do documento:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo-1º, os Estados-Partes garantirão

---

<sup>11</sup> Estados-partes se referem aqueles Estados que expressamente consentem em aderir ao tratado internacional. Ao ratificar o documento o Estado contrai obrigações internacionais, não podendo invocar dificuldades de ordem interna para o descumprimento do tratado. Segundo Flávia Piovesan (2000, p.67): “[...] cabe ao Estado conferir plena observância ao tratado de que é parte, na medida em que no livre exercício de sua soberania, o Estado contraiu obrigações jurídicas no plano internacional.”

à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (ONU, 1981).

No ano de 1999, foi redigida, pelo Comitê CEDAW, a Recomendação Geral 24-RG24, com o objetivo de trazer uma interpretação ao artigo 12 da Convenção<sup>12</sup>, esclarecendo dúvidas, porventura suscitadas e demarcando o entendimento sobre o direito à saúde das mulheres (Assis; Erdman, 2023). Em sua análise, a Recomendação Geral 24 apresenta a preocupação com a saúde reprodutiva das mulheres, enfatizando a necessidade de os Estados-partes garantirem o acesso aos serviços de cuidado à saúde, à informação dos procedimentos, à educação sexual e reprodutiva das mulheres. Ademais, afirma que os Estados-partes não podem se eximir da responsabilidade da proteção à saúde das mulheres, mesmo que transferindo a prestação de serviços a agências privadas (ONU, 1999). Rebecca Cook (2013) assinala que a falha na prestação de assistência à saúde que somente as mulheres necessitam, como a assistência à maternidade, é uma forma de discriminação.

Além de reafirmar o princípio da não-discriminação e incentivar os Estados-partes, a implementação de políticas de enfrentamento a desigualdades de gênero, a CEDAW instituiu o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher, composto por 23 peritos de diferentes nacionalidades, conforme orientação do artigo 17 da referida Convenção. Ao Comitê coube monitorar os Estados-partes sobre a promoção de políticas públicas, bem como sobrestar qualquer forma de discriminação. É através deste Comitê que o comprometimento dos Estados- parte se solidifica, em virtude dos Estados signatários terem que submeter relatórios a cada quatro anos, acerca das políticas públicas implementadas para o enfrentamento das desigualdades de gênero.

Além dos Estados, a sociedade civil organizada possui legitimidade para enviar relatórios paralelos, identificando as dificuldades do Estado em implementar as normativas da Convenção (Santos; Pereira, 2017). Em posse destes relatórios, conforme dispõe o artigo 21 da CEDAW, o Comitê tece recomendações ao Estado

---

<sup>12</sup> As recomendações gerais da CEDAW são instrumentos que têm por objetivo elaborar um entendimento do Comitê referente aos direitos elencados na CEDAW (Assis; Erdman, 2023).

para a necessidade de formulação ou melhoria nas políticas públicas existentes.

No ano 2000, passou a vigorar o Protocolo Facultativo, documento formal, separado da Convenção, cujo objetivo é proporcionar a fiscalização do documento. Em razão da adoção do Protocolo Facultativo foram implementados dois mecanismos de monitoramento, além da petição que permite o envio de denúncias ao Comitê, também há a possibilidade da instauração de processo investigativo para apuração das violações aos direitos constantes na Convenção.

Anteriormente ao Protocolo Facultativo da Convenção as recomendações advindas dos relatórios enviados pelos Estados-partes era a única maneira de controle possível exercido pelo Comitê (Andrade; Pinto; Barroso, 2020). Com a adoção do Protocolo Facultativo, houve a instrumentalização dos procedimentos no recebimento das denúncias e a realização de investigações de violações aos direitos humanos das mulheres (Nunes, 2021).

Com relação ao Protocolo Facultativo, destaca-se que sua assinatura não admite reservas pelos Estado-partes permitindo, outrossim, a competência da CEDAW para “receber e analisar as comunicações quando esgotados todos os recursos nacionais.” (Nunes, 2021, p. 68). Em que pese seu poder fiscalizatório, o Comitê da CEDAW não possui poder vinculante juridicamente sobre os Estados-partes no cumprimento das recomendações. Porém, há dever de reparação pelo Estado que violou as disposições contidas no documento (Nunes, 2021).

O Brasil recepcionou a CEDAW, ainda que com reservas ao artigo 15, parágrafo 4º e ao artigo 16, parágrafo 1º e às alíneas ‘a’, ‘c’, ‘g’ e ‘h’ e ao artigo 29, parágrafo 2º, através da aprovação pelo Congresso Nacional em 14 de novembro de 1983, com vigência a partir de março de 1984. No ano de 1994, as reservas aos artigos 15 e 16 foram retiradas em razão da compatibilidade do ordenamento jurídico brasileiro aos referidos artigos. Em 13 de setembro de 2002, passou a vigorar o Decreto n. 4.377 (Brasil, 2002a), promulgando a Convenção, mantendo a reserva facultativa ao artigo 29, parágrafo 2º da Convenção. De igual modo, no ano de 2002, o Brasil aderiu ao Protocolo Facultativo, por meio do Decreto de n. 4.316, de 30 de julho de 2002 (Brasil, 2002b).

Desde então o Estado brasileiro iniciou a submissão de relatórios ao Comitê da CEDAW. O primeiro relatório submetido em 2002 e analisado em 2003 pelo Comitê, trazia a reunião das políticas públicas e referenciais desde o ano de 1983, ano que o país ratificou a Convenção acumulando os primeiros cinco relatórios. Após,

foram enviados o sexto no ano de 2006 e analisado em 2007, correspondente ao ano de 2001 a 2005, e o sétimo enviado em 2012, referentes aos anos de 2006 a 2009, cuja análise também ocorreu no ano de 2012 (Andrade; Pinto; Barroso, 2020).

Entre as várias recomendações tecidas pelo Comitê, neste período, importam ressaltar as direcionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, sugerindo a adoção de medidas para garantir o acesso das mulheres a informações, melhoria nos serviços de saúde para a diminuição na mortalidade materna, abortos clandestinos e infecções de HIV/AIDS. Ainda, houve a recomendação de programas voltados ao planejamento familiar, à educação sexual e ao acesso a métodos contraceptivos (Andrade, Pinto e Barroso, 2020). Além disso, nas recomendações à saúde das mulheres trazidas em 2012, o Comitê reconhece os avanços do Estado brasileiro na implementação de políticas públicas no enfrentamento da mortalidade materna, citando a Rede Cegonha de 2011, entretanto enfatiza a preocupação com a mortalidade materna, principalmente nos grupos de mulheres desfavorecidas (ONU, 2012).

Após dozes anos, em maio de 2024, foram apresentadas as observações referentes ao oitavo e ao nono relatórios brasileiros submetidos ao Comitê. No que toca aos direitos reprodutivos, o Comitê observou, dentre outros, o aumento da taxa de mortalidade materna que afeta de forma desproporcional mulheres negras e indígenas, de áreas rurais e das regiões Norte e Nordeste (ONU, 2024, 34.b). Nesse sentido, o Comitê recomendou o fortalecimento de medidas para combater a alta taxa de mortalidade, melhorando o acesso à assistência ao pré-natal, obstetrícia e serviços pós-parto, possibilidade de serviços obstétricos por parteiras qualificadas, bem como uma análise das causas que levam às complicações obstétricas, gravidez precoce e aborto inseguros (ONU, 2024, 35.b.)

Observa-se, portanto, através das recomendações da CEDAW, a preocupação com a saúde reprodutiva das mulheres e as violações a seus direitos fundamentais, que se aprofundam sob a análise da intersecção de raça, classe, faixa etária.

Além da CEDAW, outros documentos internacionais foram produzidos e ratificados pelo Estado brasileiro. A década de 1990 foi intensa na elaboração destes documentos, também instigados pelas conferências internacionais. A Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, 1993, reafirma a importância do reconhecimento universal da igualdade de gênero,

sublinhando a necessidade da ratificação da CEDAW pelos Estados que participam da ONU, ou a retirada das reservas à Convenção. Foi na Declaração de Viena que os direitos das mulheres e das meninas foram considerados parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais.

Segundo Piovesan (2011, p.63), o legado da Declaração de Viena é duplo:

[...] endossa a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos invocadas pela Declaração Universal de 1948, como confere visibilidade aos direitos humanos das mulheres e das meninas, em expressa alusão ao processo de especificação do sujeito de direito e ao reconhecimento de identidades.

Portanto, continua a autora, as mulheres devem ser visibilizadas por suas diferenças na construção de identidades próprias, “o que propicia a incorporação da perspectiva de gênero, isto é, repensar, revisitar e reconceituar os direitos humanos a partir da relação entre os gêneros, como um tema transversal” (Piovesan, 2011, p. 63-64).

Também importante citar o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre a População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, pois com um fator singular, rompe com a concepção numérica sobre as políticas populacionais baseada no binômio crescimento populacional e desenvolvimento econômico. Com uma nova perspectiva passou a orientar sua agenda compreendendo a população como sujeitos de direito (Martins, 2019). Com a Conferência houve o deslocando dos questionamentos sobre a reprodução da matriz demográfica para os direitos reprodutivos (Pitanguy, 2011).

Segundo Tania Patriota, na apresentação do Relatório da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento- Plataforma de Cairo (1994), as políticas e os programas passaram a ter seu embasamento no pleno exercício dos direitos humanos e na ampliação de políticas para mulheres, como fator de desenvolvimento. Outrossim, dentro deste paradigma “[...] a saúde reprodutiva passou a ser vista como um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero” (Patriota, 2006, p.34), elencando como princípio:

#### Princípio 4

O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos

humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social, nos âmbitos nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional (Patriota, 2006, p. 42/3).

Este documento se difere de outros documentos internacionais ao traçar um plano de ação para implementação das metas e objetivos, além de justificar a necessidade de adesão ao plano. O Programa de Ação faz recomendação à comunidade internacional acerca dos objetivos do documento, indicando os principais eixos de atuação:

1.12.[...] crescimento econômico sustentado no contexto de um desenvolvimento sustentável; educação, especialmente para moças; equidade e igualdade dos sexos; redução da mortalidade materna, de bebês e crianças e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, de inclusive de planejamento familiar e saúde sexual (Patriota, 2006, p.41).

A Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim, 1995, dá continuidade as conferências realizadas anteriormente (México-1975, Copenhague-1980 e Nairobi-1985), porém com avanços conceituais e com uma plataforma de ação, traçando as delimitações para promoção de políticas públicas pelos Estados. Este documento vem dividido em doze eixos considerados prioritários para o desenvolvimento integral dos direitos das mulheres, com objetivos estratégicos em cada área.

Na apresentação da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher-Pequim, de 1995, Maria Luiza Ribeiro Viotti identifica três inovações trazidas pelo documento: o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade. De acordo com a autora estes conceitos possuem “[...] potencial transformador na luta pela promoção da situação e dos direitos da mulher.” (Viotti, 2006, p. 149).

Vale ressaltar que a Declaração ratifica o direito das mulheres sobre o controle de seus corpos, incluindo o direito a sexualidade satisfatória, destacando a importância da saúde reprodutiva para o bem-estar físico, mental e social.

A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha [...] e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e deem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos sãos. Em consonância com essa definição de saúde reprodutiva, o atendimento à saúde reprodutiva se define

como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo [...] (Viotti, 2006, p. 178).

O Programa de Ação enfatiza também que os direitos humanos das mulheres incluem direitos a ter controle sobre a sua sexualidade, e sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Fechando os principais documentos firmados pelo Estado brasileiro, volta-se a CEDAW para observar a atuação do Comitê quando incitado, trazendo o caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira versus Brasil* que chegou ao Comitê CEDAW em 30 de novembro de 2007, através da Comunicação 17/2008. Trata-se do primeiro caso sobre mortalidade materna decidido pelo Comitê, entendendo como uma violência de gênero, uma vez que desconsiderou as necessidades de saúde específicas de uma mulher.

O Estado brasileiro foi denunciado ao Comitê da CEDAW por violação aos direitos da paciente gestante Alyne Silva Pimentel, considerada a primeira decisão internacional a responsabilizar um estado-parte por morte materna evitável (Cook, 2013). Alyne faleceu em 2002, mas o caso foi levado ao Comitê da CEDAW em 2007, em razão da morosidade do Poder Judiciário em concluir o processo. Por intermédio da *Center for Reproductive Rights* (Centro de Direitos Reprodutivos) e da Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos houve a denúncia ao Comitê sob a acusação de violação ao acesso à justiça e ao direito à saúde, ambos previstos nos artigos 2º e 12 da Convenção (Coelho, 2023).

No relatório, o Comitê entendeu que houve falha no atendimento adequado à paciente, culminando com sua morte. Por conclusão, entendeu que existiu violação ao direito ao acesso à saúde, sendo recomendado ao Brasil medidas para promoção de uma maternidade segura, determinando também que o Estado brasileiro arcasse com a indenização pela negligência ao serviço de saúde prestado (Coelho, 2023).

Abaixo será apresentado uma síntese extraída do relatório e decisão exarada em 25 de julho de 2011 (ONU, 2011) pelo Comitê CEDAW, em razão da sua importância, por confrontar o Estado brasileiro com uma vítima específica, Alyne da Silva Pimentel, a um fato de violência. Segundo Rebecca Cook (2013), ao conferir a responsabilização ao Estado brasileiro ao caso em concreto, as percepções referentes aos direitos humanos saem do campo do direito abstrato, para uma um dever e obrigatoriedade na tutela aos direitos elencados na Convenção. Não menos importante, a decisão também enfatiza o recorte interseccional que atravessa as

mulheres acentuando a violência.

Alyne da Silva Pimentel Teixeira era uma mulher negra e periférica do Município de Belford Roxo, tinha 28 anos de idade na ocasião de sua morte. Era mãe de uma menina de 5 anos e estava grávida de 6 meses, quando deu entrada no hospital Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em 11 de novembro de 2002, com queixas de dores abdominais e náuseas. Foi atendida por uma médica ginecologista, que prescreveu medicação e agendamento de exames laboratoriais para o dia 13 próximo. No retorno, a gestante afirmou aumento das dores e, consultada por um segundo médico ginecologista, foi determinada sua internação. Consultada por um terceiro médico, através de exame físico não se detectou o batimento cardíaco do feto, comprovada a morte fetal através de exame de ultrassonografia. Por consequência, Alyne foi informada da necessidade da realização de parto induzido. Transcorrido 14 horas, diante de seu quadro clínico foi realizada uma cirurgia de curetagem.

Devido a gravidade do estado de saúde de Alyne foi necessário transferi-la para um hospital mais equipado. Apesar da disponibilidade de vaga no hospital Geral Nova Iguaçu houve a negativa do traslado da paciente. Sem condições de custear uma ambulância, Alyne teve que esperar a disponibilidade de uma ambulância da rede pública. Após aguardar por oito horas, a paciente foi transferida já apresentando sinais de coma.

A transferência ocorreu na noite do dia 15 de novembro, sem o envio dos registros médicos relativos ao período em que foi atendida pelo primeiro hospital, sendo realizado apenas um relato oral sobre os seus sintomas. Sem vaga, Alyne Pimentel foi alocada em uma aérea improvisada no corredor da sala de emergência. Não houve a informação que a paciente estava grávida e que havia sido submetida ao parto induzido, em razão do feto natimorto. A morte de Alyne ocorreu no dia 16 de novembro de 2002. A autópsia determinou como causa da morte hemorragia digestiva (ONU, 2011).

O caso chegou ao Comitê CEDAW em 2008, na representação foi alegado, em síntese, a violação ao direito à vida e à saúde, a sistêmica violação de gênero e ineficiência da prestação de saúde e a morosidade processual do ordenamento jurídico do Estado brasileiro (Catoia; Severi; Firmino, 2020).

Em defesa o Estado brasileiro sustentou que não houve violência de gênero, não podendo ser arguida morte materna, pois a causa da morte foi identificada como hemorragia digestiva. Foi argumentada a não responsabilidade estatal, pois o

atendimento a gestante ocorreu em hospital privado, bem como se afirmou que o processo em território brasileiro, ainda, estava em tramitação. Além disso, afirmou que as políticas públicas que envolviam a promoção de cuidados obstétricos estavam sendo implementadas, conforme recomendação do Comitê.

Em decisão de mérito o Comitê entendeu que morte de Alyne Pimentel foi em decorrência de complicações inerentes a gravidez e, portanto, morte materna (ONU, 2011, item 7.3). Com relação à assistência médica prestada, o Comitê concluiu que, não foram garantidos os serviços essenciais, levando em consideração a gravidez da paciente, constatando que houve tratamento discriminatório com base no gênero (ONU, 2011, item 7.4). Responsabilizou o Estado brasileiro pela falha na fiscalização do serviço privado, pela ineficiência no atendimento às necessidades de saúde específica ao estado puerperal de Alyne (ONU, 2011, itens 7.5 e 7.6). Considerou também que houve falha do Estado brasileiro por não adotar o enfoque interseccional à assistência, concluindo que Alyne sofreu discriminação de gênero, de raça e por sua situação socioeconômica (ONU, 2011, item 7.7). Por fim, considerou que houve morosidade jurisdicional, não garantido à proteção efetiva aos direitos da Alyne e seus familiares (ONU, 2011, item 7.8). Por estas razões, o Comitê entendeu que o Estado brasileiro violou os artigos 12 - acesso à saúde, artigo 2º c - acesso à justiça e artigo 2º e - relativo à obrigação da devida diligência do estado em regular as atividades de provedores privados de saúde e artigo 1º, todos da CEDAW, juntamente, com as Recomendações Gerais 24 e 28<sup>13</sup> da CEDAW (ONU, 2011).

Foram formuladas recomendações pelo Comitê ao Estado brasileiro, tanto na esfera individual, com a reparação aos familiares de Alyne, bem como de forma geral determinando a garantia dos direitos das mulheres a maternidade segura, redução da mortalidade materna evitáveis, com a ampliação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Maternidade, também, em níveis estaduais e municipais,

---

<sup>13</sup> 18. La interseccionalidad es un concepto básico para comprender el alcance de las obligaciones generales de los Estados partes en virtud del artículo 2. La discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género. La discriminación por motivos de sexo o género puede afectar a las mujeres de algunos grupos en diferente medida o forma que a los hombres. Los Estados partes deben reconocer y prohibir en sus instrumentos jurídicos estas formas entrecruzadas de discriminación y su impacto negativo combinado en las mujeres afectadas. También deben aprobar y poner en práctica políticas y programas para eliminar estas situaciones y, en particular, cuando corresponda, adoptar medidas especiales de carácter temporal, de conformidad con el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención y la Recomendación general Nº 25 (ONU, 2010).

qualificação de profissionais e garantia de qualidade em hospitais públicos e privados e acesso jurisdicional mais célere.

Questões relevantes foram trazidas com o caso Alyne Pimentel. Primeiro foi o reconhecimento de que se tratou de uma morte materna evitável, ao identificar a causa oficial da morte da paciente não como hemorragia digestiva, mas como consequência de complicações obstétricas. Somada a ineficiência do Estado brasileiro de prover uma assistência à saúde qualificada, e por consequência entendendo ser uma violência de gênero. Além disso, aponta também para outro ponto relevante, as subnotificações sobre as causas das mortes das mulheres, fragilizando os dados oficiais sobre número da mortalidade materna (Cook, 2013)

Ademais, trouxe o viés interseccional para a análise de quais corpos estão mais propensos a ter seus direitos reprodutivos e assistência à saúde violados, “a experiência de Alyne Pimentel não pode ser pensada a partir das categorias apartadas de discriminação racial ou da discriminação de gênero” (Catoia; Severi; Firmino, 2020, p. 08). Na decisão, o Comitê destacou o disposto na Recomendação Geral n. 28/2010, observando que a violência contra as mulheres está interseccionada com demais fatores como raça, etnia, classe social, entre outros.

Por fim, por mais que trate de um caso em específico, o caso Alyne Pimentel reflete um problema social de violação aos direitos das mulheres de forma sistêmica. Portanto, acertada a decisão do Comitê ao responsabilizar o Estado brasileiro não só em relação ao dano praticado contra a vítima e seus familiares, mas também determinando melhorias à assistência à saúde reprodutiva das mulheres, neste caso, em especial a maternidade segura e acessível.

Nesse sentido, observa-se a importância da decisão de mérito do Comitê referente ao caso Alyne, fortalecendo a formação da jurisprudência internacional, perseguindo os contornos essenciais na identificação da violência de gênero, evidenciando fatores de mortalidade materna como possivelmente evitável, bem como a perspectiva interseccional perpassando a violência racial, os fatores socioeconômicos, dentre outros marcadores. E ainda se posiciona pela responsabilização estatal para a promoção de políticas públicas mais assertivas.

Todos os documentos analisados acima são de ordem normativa internacional global integrados pela ONU, além deles, há também o sistema normativo regional de proteção aos direitos das mulheres. Cada sistema regionalizado possui aspectos jurídicos próprios (Gomes; Piovesan, 2000).

Fortalecendo os direitos reprodutivos das mulheres, também refletindo no ordenamento jurídico brasileiro, através de suas normativas ou construção jurisprudencial, o sistema interamericano de direitos humanos vem se solidificando e responsabilizando os Estados signatários sobre violações aos direitos das mulheres.

### 3.2 CONVENÇÕES INTERAMERICANAS REFERENDADAS PELO BRASIL

Integrados pela Organização dos Estados Americanos (OEA), o Sistema Americano tem como principal documento a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, também conhecido como Pacto San José da Costa Rica, que passou a vigorar em 1978. Somente em 1992, o Brasil a ratificou, com a promulgação do Decreto n. 678 de 06 de novembro de 1992 (Brasil, 1992).

A Convenção Americana, por ser um documento elaborado em 1969, reconhece e assegura, com maior ênfase, os direitos civis e políticos, ressaltando o direito à vida, à integridade pessoal, à liberdade, à privacidade, à liberdade de pensamento e de expressão, direito a garantias judiciais, entre outros. No entanto, os direitos sociais, culturais e econômicos ficaram limitado a um artigo apenas da Convenção Americana, que de forma genérica delegou aos Estados- partes a efetivação progressiva destes direitos, através de medidas legislativas apropriadas, conforme artigo 26 (OEA, 1969).

Posteriormente, no ano de 1988, a OEA realizou o Protocolo Adicional à Convenção Americana- Protocolo de San Salvador, referente aos direitos sociais, econômicos e culturais, entrando em vigor em 1999 (OEA, 1988). No Brasil foi promulgado através do Decreto n. 3.321 de 30 de dezembro de 1999 (Brasil, 1999). Por este Protocolo Adicional foram reafirmados os direitos a não- discriminação, direitos à saúde, ao trabalho, à educação, dentre outros.

Para além das obrigações dos Estados- partes de não violarem os direitos humanos elencados na Convenção Americana, estes também precisam adotar medidas afirmativas necessárias para o pleno exercício dos direitos tutelados no documento (Gomes; Piovesan, 2000). Para tanto, integram a Convenção Americana, para monitoramento e fiscalização dos Estados- partes, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos-CIDH é composta por sete membros eleitos pela Assembleia Geral, nacional de qualquer Estado- membro

da OEA. A CIDH Tem como função primordial promover a observância e a defesa dos direitos humanos, também formula recomendações aos Estados- membros, para que estes adotem medidas progressivas na promoção e respeito aos direitos humanos (OEA, 1969).

Já a Corte Interamericana de Direitos Humanos - Corte IDH possui competência consultiva e contenciosa. De maneira consultiva cabe a Corte dirimir dúvidas suscitadas por qualquer membro da OEA, referente tanto a interpretação da convenção quanto a compatibilidade com a legislação interna dos Estados, através de pareceres.

No plano contencioso, a Corte tem a competência para julgar os casos de violação dos direitos humanos perpetrados pelos Estados, desde que estes tenham reconhecido expressamente esta competência através de cláusula facultativa à Convenção ratificada (Gomes; Piovesan, 2000). Como órgão jurisdicional, a decisão da Corte possui força vinculante e obrigatória, cabendo ao Estado o cumprimento imediato da decisão. O Estado brasileiro reconheceu a competência da Corte para o julgamento de casos contenciosos em 1998, promulgado através do Decreto n. 4.463 de 2002, com ressalvas aos casos ocorridos posteriores a 10 de dezembro de 1998 (Brasil, 2002c).

Outro documento regional de extrema importância para tutela aos direitos humanos das mulheres é a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher- Belém, 1994. Esta Convenção, também chamada de Convenção de Belém do Pará, foi ratificada pelo Estado brasileiro em 1996 e promulgada através do Decreto nº. 1. 973 de 1º de agosto de 1996 (Brasil, 1996).

Também fruto de intensa agenda dos movimentos feministas, a Convenção de Belém do Pará conceitua a violência baseada no gênero, elenca as diversas formas que ela se manifesta, bem como pressiona os Estados-partes a se comprometerem com a sua erradicação (Magalhães, 2020). Enfatiza que a violência contra as mulheres pode ocorrer tanto na esfera pública, como na esfera privada. Reconhece que a violência contra as mulheres impede e anula o exercício dos direitos humanos. A Convenção de Belém do Pará, além de reafirmar direitos já conhecidos na ordem global, também identifica a necessidade de políticas públicas para as mulheres mais vulneráveis à violência. Assim definido no artigo 9º:

Para a adoção das medidas a que se refere este capítulo, os Estados Partes levarão especialmente em conta a situação da mulher vulnerável a violência por sua raça, origem étnica ou condição de migrante, de refugiada ou de deslocada, entre outros motivos. Também será considerada violência a mulher gestante, deficiente, menor, idosa ou em situação socioeconômica desfavorável, afetada por situações de conflito armado ou de privação da liberdade (OEA,1994).

Avançando um pouco mais, conforme artigo 12 da Convenção de Belém do Pará (OEA, 1994), qualquer pessoa ou grupo de pessoas, ou entidade não governamental reconhecida por um ou mais Estados-partes pode apresentar denúncias à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. O que vem possibilitando que a violência contra as mulheres seja visibilizada e normatizada pelos ordenamentos pátrios.

A existência de dois sistemas internacional, global e regional, embora pareçam repetitivos, são complementares, afirmando e reafirmando direitos humanos que orientam a formulação das normativas dos Estados- partes. Inspirados nos princípios formulados na Declaração Universal de Direitos Humanos, estes sistemas ampliam e fortalecem a tutela a estes direitos, com objetivo de garantir efetivamente sua aplicabilidade, através de sistemas jurídicos diferentes. Desta forma, aquele que sofreu uma violação do direito tutelado tem a possibilidade de escolher o “aparato mais favorável, tendo em vista que eventualmente direitos idênticos, são tutelados por dois ou mais instrumentos de alcance global ou regional, ou ainda de alcance geral ou especial.” (Gomes; Piovesan, 2000, p. 24).

Foi o que ocorreu no caso narrado abaixo. Embora as violações ferissem direitos protegidos tanto pelo sistema global, quanto regional houve a opção de levá-lo à Corte IDH. Apesar de não se tratar de um caso ocorrido no Brasil, mas na Argentina, é importante destacá-lo pois aborda, de forma direta a violência obstétrica considerando-a como uma violência de gênero.

O caso *Brítez Arce e outros versus Argentina* foi julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2022 e, pela primeira vez, um Estado– parte foi condenado por violação ao direito à vida e à saúde de uma mulher, conceituando este conjunto como violência obstétrica. Vale ressaltar, no entanto, e até mesmo citado neste caso, que a Corte já havia contextualizado a violência obstétrica como violência de gênero, na Opinião Consultiva n. 29 de 30 de maio de 2022<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Trata-se da Opinião Consultiva n. 29/22 sobre a Prevenção, investigação e erradicação da violência obstétrica em contexto prisional- na ocasião o posicionamento do Tribunal considerou a violência exercida contra as mulheres durante a gravidez, parto e puerpério como uma violência de gênero, em

No entanto, diferente da Opinião Consultiva n.29, o Caso Brítez Arce e outros *versus* Argentina se refere a uma contenda contenciosa, cuja condenação não opera na forma de recomendações, mas com a execução imediata nos moldes da decisão. O caso foi submetido à Corte pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, sob a alegação da responsabilidade internacional da Argentina pelos fatos relacionados à morte de Cristina Brítez Arce, em razão da falta da devida diligência na assistência médica e morosidade processual no país.

Segue um resumo do caso de acordo com a sentença exarada pela Corte IDH em 16 de novembro de 2022 (OEA, 2022). Em 1º de junho de 1992, Cristina Brítez Arce, mulher de origem paraguaia, com 38 anos de idade, na quadragésima semana de gravidez, chegou ao hospital com queixas de desconforto lombar, febre e perda de líquido pela genitália. Realizada a ultrassonografia foi percebido a morte do feto, sendo a paciente internada para realização de parto induzido. A parturiente faleceu no mesmo dia, em razão de uma parada cardiorespiratória não traumática.

Na decisão, primeiramente, a Corte alertou para situação de se tratar de uma mulher grávida, o que por si, deveria denotar maior responsabilidade e dever do Estado, citando outros instrumentos internacionais que articulam os deveres dos Estados em relação a gestação (OEA, 2022). Após, a Corte entendeu que os médicos prestaram assistência à paciente sem observar os fatores de riscos que envolviam a sua saúde. Referenciando para tanto o pré-natal que a paciente realizou, em que foi possível observar o histórico de pré-eclâmpsia e seu aumento de peso durante a gestação. Outrossim, entendeu a Corte que o tratamento médico demandado à paciente foi displicente. Não houve atenção ao seu histórico de saúde e não foi garantida à paciente o acesso à informação precisa sobre o seu estado de saúde, configurando violência obstétrica (item 57).

Ao informar a obrigação dos Estados em relação à saúde durante a gestação, parto e pós-parto, a Corte também evidenciou que os altos índices de mortalidade materna estão intrinsicamente ligados à falta de assistência adequada a mulheres mais pobres. Assim, a decisão indicou que a Argentina não foi diligente para adotar medidas para salvaguardar os direitos da vítima, causando transtornos e danos a seus familiares.

Em que pese o Estado argentino ter reconhecido a violação aos artigos 4.1-

---

particular, uma violência obstétrica

direito à vida, 5.1- direito à integridade física e 26- direito à saúde da Convenção, em combinado com o artigo 1.1 em detrimento à vítima Cristina Brítez Arce; com reconhecimento também de violação aos artigos 8.1 e 25.1 – direitos às garantias judiciais e à proteção judicial, e artigo 5.1- direito à integridade pessoal também combinados com art. 1.1 da Convenção e a partir de 1996, violação ao artigo 7 da Convenção do Belém do Pará, em prejuízo aos filhos Ezequiel Martín Avaro e Vanina Verónica Avaro, não havendo, portanto, controvérsia acerca das medidas de reparação, coube a Corte analisar o alcance da responsabilidade do Estado argentino nas violações supracitadas e a admissibilidade da indenização por danos patrimoniais e imateriais.

A Corte IDH dialogou com outras convenções para fundamentar sua decisão. Também pautou a decisão por jurisprudências tanto da própria Corte, quanto dos demais órgãos internacionais citando, além de outros, o Caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira *versus* Brasil. Este julgado é importante, pois nomeia a violação sofrida por Cristina Brítez Arce como uma violência obstétrica, indicando como uma violência de gênero sofrida pelas mulheres em um momento de vulnerabilidade, em razão da gestação, parto ou pós-parto. Assim, transcrito na decisão:

81. Ante o exposto, a Corte considera que a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero "proibida pelos tratados interamericanos de direitos humanos, entre os quais a Convenção de Belém do Pará", exercida pelos encarregados dos serviços de saúde para as pessoas gestantes, no acesso aos serviços desta natureza que ocorre durante a gestação, parto e pós-parto, que se traduz majoritariamente, embora não exclusivamente, num tratamento desumanizado, desrespeitoso, abusivo ou negligente das mulheres grávidas; na recusa de tratamento e informação completa sobre o estado de saúde e os tratamentos aplicáveis; nas intervenções médicas forçadas ou por coação e na tendência de patologizar os processos reprodutivos naturais, entre outras manifestações ameaçadoras no contexto dos cuidados de saúde durante a gestação, parto e pós-parto (OEA, 2022, p.25, tradução de Santos; Alves, 2023, p. 26)<sup>15</sup>.

Discorrendo sobre a proteção do direito à vida, a integridade da pessoa, sobre o direito à saúde e a forma de assistência à saúde que devem pautar os direitos

---

<sup>15</sup> 81. A la luz de lo anterior, la Corte encuentra que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género "prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención Belém do Pará", ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forçadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto. (OEA, 2022, p.25).

humanos das mulheres, dialogando com as diversas formas de violência sofrida pelas mulheres, a Corte IDH evidencia que a violência obstétrica é mais uma faceta da violência de gênero, operada pela desumanização dos corpos de mulheres pelas instituições de saúde.

Ao consolidar este conceito nos seus julgados, a Corte traça um novo paradigma a ser seguido pelos Estados-partes. Embora a condenação se dê ao Estado argentino, as considerações explanadas na sentença evidenciam a necessidade de comprometimento dos demais Estados em entender a violência obstétrica como uma violência de gênero, traduzindo em políticas públicas eficientes.

Sob este prisma, é importante destacar como o sistema interamericano tem atuado e se consolidando como eficaz instrumento para a proteção de direitos humanos. Segundo Piovesan (2017, p. 1360-1361), através de uma “atuação da sociedade civil, a partir de articuladas e competentes estratégias de litigância, o sistema interamericano tem tido a força catalizadora de promover avanços no regime de direitos humanos”.

Em um estudo publicado pelas autoras Roberta Freitas Guerra e Isadora de Melo (2024), observou-se que questões envolvendo saúde sexual e reprodutiva das mulheres, gravidez e vida privada e autonomia, ainda, são temas recentes nas decisões dos órgãos interamericanos, cujo início se deu em decisões de 2010<sup>16</sup>. Porém, é possível analisar também que o posicionamento da Corte IDH pautou a violência obstétrica como violência de gênero, amparado pela Convenção do Pará.

Além de firmar seu entendimento no agravante da vulnerabilidade de mulheres grávidas, gestantes e puérperas. De acordo com as autoras, foi possível observar o padrão estabelecido pela Corte IDH sobre a violência obstétrica:

a) trata-se de uma violação de direitos humanos; b) exercida durante a gravidez, no parto ou no pós-parto; c) que constitui uma forma de violência de gênero, contrária à Convenção de Belém do Pará; d) que implica aos Estados o dever de prevenir, bem como de não cometer atos de violência em seus serviços de saúde reprodutiva e; e) que as mulheres grávidas e privadas de liberdade estão duplamente vulneráveis à violência obstétrica (Guerra; Melo, 2024, p. 212).

Após o caso *Brítez versus Argentina*, duas recentes decisões da Corte IDH responsabilizaram os respectivos Estados pela violência de gênero, decorrente da violência obstétrica, indicando a formulação de uma jurisprudência coesa referente à conceituação do termo violência obstétrica. Trata-se do caso *Maria e outros versus*

---

<sup>16</sup> Caso Comunidade Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguai (OEA, 2010).

Argentina, cuja decisão ocorreu em 22 de agosto de 2023 (OEA, 2023a) e do caso Rodríguez Pacheco e outra *versus* Venezuela, com decisão em 01 de setembro de 2023 (OEA, 2023b).

O caso *María versus Argentina* se refere a violência perpetrada contra Maria, adolescente de 12 anos de idade, que vivia em situação de pobreza e violência familiar; em 2014, descobriu sua gravidez em consulta médica, já com 28 semanas de gestação. Na ocasião, María foi pressionada a entregar seu filho para a adoção após o nascimento, assinando, juntamente com sua mãe, um documento que registrou a autorização. O parto ocorreu em 23 de agosto de 2014, sem a presença de um acompanhante e, no dia seguinte, Mariano, filho de María, foi entregue a família pré-adoptiva. Contudo, desde o nascimento de seu filho, María e sua mãe manifestaram o desejo de conhecê-lo e mantê-lo sob sua guarda, porém o desejo foi desconsiderado pelos sistemas de saúde e judicial. A decisão da Corte considerou que o processo de adoção não poderia ser encaminhado sem o consentimento expresso dos progenitores após o nascimento da criança. Considerando, ainda, que pesaram sobre a pressão para adoção do menor as condições financeiras, a idade da genitora e a situação de violência familiar em que vivia, sendo que a confluência destes fatores causou uma forma de discriminação:

As circunstâncias sofridas por María em torno da maternidade de Mariano e relatadas por ela e sua mãe (não contestadas pelo Estado), enquadram-se no que a CEDAW chamou de “práticas nocivas”. As práticas nocivas estão frequentemente associadas a formas de violência ou constituem em si uma forma de violência contra mulheres e crianças e baseiam-se na discriminação baseada no sexo, gênero e idade. [...] constitui uma violação dos direitos humanos e uma forma de violência de gênero denominada violência obstétrica, que “abrange todas as situações de tratamento desrespeitoso, abusivo, negligente ou negação de tratamento, durante a gravidez e fase anterior, e durante o parto ou pós-parto, em centros de saúde públicos ou privados” Sobre esta questão, por força do disposto no artigo 7º da Convenção de Belém do Pará, a Corte lembra que os Estados têm o dever de prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres, pelo que devem abster-se de praticar atos que constituam violência de gênero, inclusive aqueles que ocorrem durante o acesso aos serviços de saúde reprodutiva (OEA, 2023a, p. 54-55, tradução nossa)<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Las circunstancias sufridas por María en torno a la maternidad de Mariano y relatadas por ella y su madre (no controvertidas por el Estado), encuadran dentro de lo que el CEDAW ha denominado como “prácticas nocivas”. Las prácticas nocivas suelen ir asociadas a formas de violencia o constituyen en sí mismas una forma de violencia contra las mujeres y los niños y se fundamentan en la discriminación por razón de sexo, género y edad. Este Tribunal se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados” Sobre este asunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, la Corte recuerda que los

No caso relatado, a violência obstétrica é observada quando a vontade da gestante não é respeitada. A violação ao direito a autonomia das mulheres é uma violência de gênero e, no caso, também uma violência obstétrica. O direito a autonomia também foi violado no caso *Rodríguez Pacheco versus Venezuela* (OEA, 2023b), denotando consequências a saúde de Balbina Francisca Rodriguez Pacheco, venezuelana, médica, com 32 anos à época dos fatos, ocorrido em 1998, submetida a uma cesárea eletiva quando estava com 39 semanas de gestação, em razão de uma gravidez de alto risco devido ao fato de a paciente ter feito duas cesáreas anteriores, com a presença de uma “placenta prévia total”. Com complicações durante a cesárea, a paciente, que estava consciente, juntamente com seu esposo, também, médico e acompanhante do procedimento solicitou a histerectomia total (retirada do útero), porém o médico responsável pela cirurgia afirmou que não era preciso, já que havia retirado a placenta e contido o sangramento. Contudo, em consequência da negligência médica, houve outras complicações que levaram a paciente a inúmeros procedimentos cirúrgicos, que confluíram para outras negligências. Por quase um ano, Balbina Francisca Rodriguez Pacheco teve que usar cadeiras de rodas, fraldas e cateteres urinários, culminando, no ano 2000, em sua internação hospitalar, apresentando descompensação hormonal, diagnosticada com “um quadro de disfunção pituitário-gonadal, hipotireoidismo e menopausa pós-cirúrgica”, conhecida como “síndrome de Sheehan” (OEA, 2023,b). Na decisão, a Corte entendeu:

À luz do exposto, a Corte reitera que a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero proibida pelos tratados interamericanos de direitos humanos, incluindo a Convenção de Belém do Pará, exercida pelos responsáveis pela assistência à saúde das mulheres grávidas, durante o acesso aos serviços de saúde que ocorrem durante a gravidez, parto e pós-parto, que se expressa maioritariamente, embora não exclusivamente, no tratamento desumanizado, desrespeitoso, abusivo ou negligente para com as mulheres grávidas; na recusa de tratamento e informações completas sobre o estado de saúde e tratamentos aplicáveis; em intervenções médicas forçadas ou coagidas e na tendência a patologizar os processos reprodutivos naturais, entre outras manifestações ameaçadoras no contexto dos cuidados de saúde durante a gravidez, o parto e o pós-parto (OEA, 2023b, p. 36, tradução nossa).<sup>18</sup>

---

Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. (OEA, 2023a, p. 54-55).

<sup>18</sup> A la luz de lo anterior, la Corte reitera que la violencia obstétrica es una forma de violencia basada en el género prohibida por los tratados interamericanos de derechos humanos, incluyendo la Convención de Belém do Pará, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y

Este caso explicita de forma contundente a violência de gênero que estrutura a sociedade. Não obstante a Sra. Balbina ser médica, ainda assim, seu direito a escolha, sua opção pela histerectomia total, foi desconsiderada pela equipe de profissionais que a atendiam. Nesse sentido, a Corte IDH tem tido papel fundamental na materialização do *ius constitutionale commune* latino-americano<sup>19</sup> - ICCAL, isto porque suas sentenças, além de se traduzir em cumprimento obrigatório pelo Estado-parte envolvido no caso, também, vinculam os demais Estados- partes a seguirem a interpretação dada pela Corte, estabelecendo padrões protetivos, interpretando os tratados de direitos humanos baseado em fatores jurídicos, somado a contextualização histórica da violência do continente latino-americano (Guerra; Melo, 2024).

Ao ratificarem os documentos internacionais, em âmbito global ou regional, os Estados-partes assumem os compromissos de efetivação dos direitos das mulheres dentro do seu território. No que se refere ao Estado brasileiro, a sua responsabilização frente aos organismos internacionais reflete na implementação das políticas públicas que e se construíram em paralelo com as normativas internacionais.

A partir da década de 1980 há uma mudança de paradigmas para a construção de políticas públicas pensando nos direitos reprodutivos das mulheres. Iniciados pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM e referendados pela Constituição Federal de 1988, um novo modelo de pensar a saúde das mulheres começou a ser gestado.

### 3.3 DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL (1983-2003)

Contradizendo o momento político e social, uma vez que pensado e

---

posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto (OEA, 2023b, p. 36).

<sup>19</sup> Também, denominado novo constitucionalismo latino-americano, tem como objetivo o “[...] desenvolvimento do constitucionalismo transformador no contexto latino-americano, atuando com base nas experiências particulares da região e almejando transformações tanto da realidade política quanto social [...]” (Leal; Vargas, 2021, p. 667). Assim, através do desenvolvimento e construção de normas em matéria de direitos humanos, Democracia e Estado de Direito, “atua como um verdadeiro guia capaz de nortear a interpretação das normas nacionais.” (Leal; Vargas, 2021, p. 668).

instituído no final da ditadura militar, mas já ensaiando uma abertura política, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, trouxe uma proposta diferenciada daquela que, até então, marcava a preocupação com a saúde das mulheres. É possível traçar um paralelo com a CEDAW quando observado o período de elaboração dos documentos e uma análise dos objetivos propostos no PAISM, quanto a integralidade e a universalidade da saúde, bem como uma nova perspectiva sobre o significado dos corpos das mulheres, em um contexto social.

O final da década de 1970 trouxe a efervescência dos movimentos feministas, que reivindicaram espaços e impuseram as pautas internacionais, identificando a década de 1975-1985, como a Década das Mulheres. Nesta senda, como já observado, a CEDAW foi elaborada, condenando todas as formas de discriminação em razão do gênero, inclusive, no acesso à saúde, afirmando o direito ao planejamento familiar e a garantia na assistência às mulheres durante a gestação, parto e puerpério.

Embora, em um contexto político e social diferente, já que no Brasil, a década de 1970 estava sob uma ditadura militar, os movimentos feministas estavam atuantes, em oposição ao governo, na luta pela redemocratização. Em razão deste processo político vivenciado nos países latino-americanos, que levaram os movimentos feministas para os movimentos de esquerda, segundo Silveira, Paim e Adrião (2019, p. 280), ocorreu um “novo marco de direitos” que sofreu “uma releitura na América Latina”, compreendendo “os direitos reprodutivos como também sociais”.

Nesta confluência, no final da década de 1970, início da elaboração do PAISM, já em processo de abertura política e em razão das precárias condições de saúde das mulheres, houve a possibilidade dos movimentos feministas, influenciados pelos feminismos internacionais (Silveira; Paim; Adrião, 2019) se articularem na construção de uma agenda preocupada em colocar as mulheres não como um objeto das políticas, mas como sujeitos delas.

Embora este feminismo estivesse organizado, principalmente, por mulheres de classes alta e média, que haviam entrado em contato com os ideais feministas do Norte Global, é importante o registro de Silveira, Paim e Adrião (2019, p.280):

Nesse período, a pauta de luta que pode ser considerada como aglutinadora, pois perpassava as experiências de, praticamente, todas as mulheres (ainda perpassa), é a reapropriação dos seus corpos. A consigna ‘Nosso corpo nos pertence’ se espalhou pelo mundo, desencadeando diferentes ações.

Outrossim, o PAISM apresentou um avanço nas políticas de saúde para mulheres, em virtude de ser concebido mesmo antes de eventos como a oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986 e da implantação do Sistema Único de Saúde em 1990, através de uma perspectiva de saúde inovadora, fundamentada nos princípios da integralidade na atenção à saúde, da autonomia e dos direitos reprodutivos das mulheres (Costa; Bonan; Rodrigues, 2024).

Ao introduzir um plano de assistência integral à mulher, em todas as fases de sua vida, rompeu com ideia restrita de programas anteriores, com políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, cuja preocupação estava endereçada mais ao recém-nascido e a família. Além disso, inseriu questões voltadas ao exercício da sexualidade e autonomia reprodutiva das mulheres (Ventura, 2011).

Em entrevista para Cláudia Bonan e Andreza Pereira Rodrigues (2024), a pesquisadora Ana Maria Costa, que esteve à frente do projeto desde sua concepção até a elaboração do texto final, afirma que além das ideias sanitaristas, o feminismo esteve presente no processo de construção do programa: “A diferença, que eu acho, é que acrescentava, ao marco sanitário da ausência de riscos, um grande marco que é o da autonomia das mulheres” (Costa; Bonan; Rodrigues, 2024, p. 07). Para a entrevistada, o programa articulava a questão do planejamento familiar e da contracepção pelo espectro da integridade corporal e ausência de risco à saúde, do direito reprodutivo e da autonomia das mulheres.

Representando, portanto, um novo ciclo de preocupação à saúde das mulheres, o PAISM incluía ações de promoção, prevenção, educação, informação e assistência integral à saúde, como descrito por Kátia Maria Barreto Souto:

O PAISM é fruto de uma luta social e traz a perspectiva de política pública emancipatória, de transformação de relações desiguais entre os gêneros, particularmente buscando fortalecer as mulheres. Significou o pacto possível na época e uma estratégia de saúde pioneira, incluindo a integralidade e enfoque de gênero, ainda que de forma limitada (Souto, 2008, p.171).

O PAISM se contrapunha ao modelo exercido nas décadas anteriores, no que se refere à centralização excessiva e a verticalização das políticas públicas, formatadas na divisão homogênea de recursos e com planejamento familiar, centrado no controle populacional. O programa já apresentava uma proposta mais horizontal e participava (Souto, 2008).

Neste sentido, é importante reconhecer o PAISM pela abordagem da saúde reprodutiva, ainda que não utilizasse este conceito, que veio a ser adotado

internacionalmente no final da década de 1980, mas estava presente na concepção de atenção integral à saúde das mulheres e não mais no uso de ações isoladas (Osis, 1998).

No entanto, é com a Constituição Federal de 1988 (Brasil), marco democrático do Estado brasileiro, que princípios e direitos se constituem como universais a todo o cidadão, adequando todo o ordenamento jurídico aos parâmetros de direitos humanos (Ventura, 2011). O artigo 1º da Constituição Federal elenca como fundamentos do Estado brasileiro, dentre outros a cidadania e a dignidade da pessoa. Já no artigo 3º vem respaldados os objetivos fundamentais da República, aqui ressaltando os incisos I e IV, construção de uma sociedade livre, justa e solidária e promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, respectivamente.

Além disso os direitos e garantias fundamentais estão previstos no Título II da Constituição Federal, e embora normatizados ainda pendente de efetivação factual, evidenciado o artigo 5º, *caput* e inciso I:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

E, ainda, o artigo 6º dispõe sobre os direitos sociais, dentro os quais o direito à saúde, a proteção à maternidade e à infância. Esmiuçando mais a Constituição Federal, no Título VIII, Capítulo II, a seção II traça as orientações e determinações sobre o direito à saúde, ressaltando como direito de todos e dever do Estado (artigo 196). Também traz as bases para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade (artigo 198). Ressalta-se a importância da Constituição Federal (Brasil, 1988) ao consagrar a saúde como um direito fundamental de acesso universal e igualitário, pois rompe com caráter meritocrático de assistência à saúde, incorporando a ideia de cidadania (Menicucci; Gomes, 2018).

Anteriormente, a saúde estava dividida em dois programas diferentes. Na década de 1970, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que estava vinculado ao programa previdenciário. Já a assistência à saúde àqueles não cobertos pela previdência ficavam sob a supervisão da Legião

Brasileira de Assistência (LBA). Portanto, atuavam dois sistemas de caráter distintos, a assistência à saúde individual, como política, estava atrelada aos benefícios previdenciários, restrita aos segurados e dependentes, sendo “[...] prioritariamente um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população” (Menicucci; Gomes, 2018, p. 105). Já o Ministério da Saúde estava responsável pelas ações de caráter coletivo, sob a forma de sanitarismo campanhista, isto é, controle de endemias e demais ações de assistência básica (Menicucci; Gomes, 2018).

Com a Constituição Federal (Brasil, 1988), portanto, houve a preocupação de uma reformulação sob a perspectiva social da saúde e as diretrizes de políticas públicas garantido acesso universal e igualitário. Em decorrência do ditame constitucional foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que define o SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”, conforme art. 4º da Lei 8.080/90 (Brasil, 1990a).

Portanto, o SUS se estrutura através de uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, com acesso universal, gratuito e igualitário (Ventura, 2011). Tem como princípios basilares: a universalidade de acesso, a igualdade de assistência, a integralidade da assistência, a participação da comunidade no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, e pôr fim a descentralização político administrativa (Menicucci; Gomes, 2018).

A participação da comunidade na gestão do SUS é possível pelas instâncias colegiadas tanto pela Conferência de Saúde, quanto pelo Conselho de Saúde e demais diretrizes definidas na Lei de n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b). Já a descentralização político administrativa ocorre com a distribuição de ações e serviços de saúde para cada esfera de governo, ou seja, Distrito Federal, Município, Estados e União de acordo com a complexidade crescente, conforme Capítulo III da Lei 8.080/90 (Brasil, 1990a).

A partir do SUS foram sendo realizadas políticas públicas mais definidas, a fim de aumentar seu alcance, ampliando a cobertura de acesso. Pode-se dizer que o SUS é o guarda-chuva que permite que políticas públicas sejam desenhadas para atendimento garantia do direito à saúde de forma integral e universal. Mesmo com a regulamentação da assistência à saúde supletiva, definida pela Lei n. 9.656 de 03 de

junho de 1998 (Brasil), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o SUS continua responsável pela cobertura no atendimento de 75% da população brasileira (Menicucci; Gomes, 2018). Posteriormente, foi promulgada a Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador, de controle e fiscalização das atividades da saúde de assistência suplementar (Brasil, 2000b).

Interligando o direito fundamental à saúde e a promoção de políticas públicas voltadas à equidade de gênero, observa-se os desafios enfrentados na efetivação dos direitos à saúde das mulheres, em especial aos direitos reprodutivos, pois sua compreensão perpassa mais que uma formulação normativa, mas uma ruptura de padrões sociais e políticos.

Segundo Ventura (2011), a saúde está intrinsecamente ligada à cidadania e à justiça social, portanto o entendimento dos direitos reprodutivos e sexuais está além da assistência à saúde reprodutiva e sexuais, mas abarca um conjunto de direitos humanos individuais e sociais. Reafirmando de forma individual a ideia de direitos reprodutivos e sexuais em conformidade com o direito à vida digna, à integridade física e psicológica, à liberdade, à autodeterminação reprodutiva, o direito à igualdade, à privacidade e à intimidade.

Já em âmbito social, segundo a autora, busca-se reconhecer o valor social da reprodução humana, conectando políticas públicas que se atentem também ao direito à informação, à educação e à autonomia de decisões, à saúde de qualidade em todos os ciclos de vida das mulheres, ao suporte social para usufruir a maternidade e paternidade, à segurança contra a violência sexual; ao acesso a métodos contraceptivos e a informação (Ventura, 2011).

Após a redemocratização demarcada pela Constituição Federal (Brasil, 1988), a legislação infraconstitucional referente aos direitos reprodutivos foi se remodelando, segundo os princípios constitucionais. A pesquisa de mestrado, realizada por Ana Beatriz Cruz Nunes (2021), apresenta um apanhado das mudanças trazidas no campo da legislação do trabalho, civil, penal e execução penal, percorrendo aqui sobre algumas, principalmente, as que se remetem ao SUS, e assistência à gestante. Ainda, no ano de 1989, foi implementada a Lei 7.856 de 24 de outubro de 1989, dispondo sobre o apoio às pessoas portadora de deficiência e sua integração social, definindo no artigo 2º, inciso II 'a' a necessidade de promoção ações, dentre elas o acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério.

Também a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (Brasil, 1990c), o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, instituiu um conjunto de obrigações do Estado no atendimento da saúde materno- infantil no SUS. Muito embora, com alterações e melhorias por lei posteriores – Lei n. 12.010/2009, Lei n.13.257/2016, Lei n. 13.436/2017, Lei n. 13.798/2019, Lei n. 14.154/2021, Lei n. 14.721/2023, já havia o entendimento na tutela os direitos da gestante e do nascituro.

No âmbito à assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996 (Brasil, 1996b), regulamentou o direito ao planejamento familiar, assim conceituando:

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (Brasil, 1996).

É importante ressaltar que também definido nesta lei a proibição de ações que incorram em controle demográfico (§ único, art. 2º da Lei 9.263/1996b), conforme discutido acima. Além disso, estabeleceu um rol de serviços disponibilizados, referente à assistência, à concepção e à contracepção; bem como o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério e ao neonato entre outras medidas (art. 3º). Reafirmando a Convenção de Cairo (1994) e Pequim (1995), foi a primeira política pública após a redemocratização tutelando os direitos reprodutivos das mulheres.

A partir desta configuração outras políticas públicas foram sendo implementadas pelo Ministério da Saúde com ênfase nos direitos reprodutivos, muito em função das dos direcionamentos e recomendações dos tratados internacionais. E, apesar das recomendações internacionais, somente a partir dos anos 2000, a assistência obstétrica passou a ser pauta mais aprofundada das normativas do Estado brasileiro, que vêm trabalhando, na sua maioria, com portarias do Ministério da Saúde.

No ano de 2000, foi implementado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Portaria 569 de 2000, cujo objetivo agrega:

[...] o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua a organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde, o programa foi desenvolvido tendo como prioridades a redução das altas de taxas de mortalidade materna, peri e neonatal, com a melhoria no acesso e cobertura no acompanhamento do pré-natal e

investimentos nas redes estaduais e municipais. Ao traçar o programa pela perspectiva de direitos humanos e cidadania, o PHPN descreve a importância da humanização da assistência obstétrica compreendendo um atendimento com a valorização da dignidade da mulher, seus familiares e ao recém-nascido, bem como a:

[...] adoção de procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (Brasil, 2002, p. 05).

Além disso, o PHPN determinou as diretrizes para o número de consultas no acompanhamento do pré-natal e puerpério, indicação dos exames laboratoriais e os incentivos financeiros para secretarias de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, com a avaliação periódica dos gestores. No entanto, segundo Leal *et al.* (2015), os primeiros estudos avaliativos nacionais do PHPN revelaram uma assistência ainda parcial e em desacordo com as diretrizes do programa, não apresentando os resultados planejados.

Consubstanciando um outro momento social, econômico e político vivenciado pelo Brasil, no ano de 2004, foi implementado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- princípios e diretrizes- PNAISM (Brasil, 2004a), com enfoque no gênero e por uma perspectiva interseccional, conforme será apresentada no próximo capítulo, sendo um marco para a análise de ações em políticas públicas pertinentes aos direitos à saúde das mulheres, através de uma análise sistêmica, baseado nos princípios da humanização e na qualidade da atenção à saúde integral das mulheres, considerando a diversidade e a vulnerabilidade que permeiam suas vivências.

## **4 POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (2004): MAPEANDO AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Conforme observado anteriormente, a violência obstétrica é um tema conceitual recente, não obstante como violação aos direitos reprodutivos já viesse sendo demarcada. Como políticas públicas, o direito à saúde obstétrica vem se expandido, iniciando com o PHPN e a introdução do parto humanizado e todas as diretrizes para sua execução, trazendo discussões sobre uma medicina baseada em evidências, protagonismo das mulheres e assistência de qualidade da gestação ao puerpério.

Neste capítulo, são apresentadas algumas das políticas públicas, implementadas pelo Estado brasileiro a partir da PNAISM (2004a), referentes aos direitos à saúde reprodutiva, especialmente, a saúde obstétrica. Mais especificamente, busca-se analisar se a concepção destas políticas vem ao encontro das recomendações da CEDAW e demais documentos internacionais, se atende aos princípios da integralidade do SUS e, por fim, se integram a perspectiva da justiça reprodutiva como referencial de equidade.

### **4.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (2004): PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

Na 29ª sessão da CEDAW, em 2003, houve a apresentação pelo Brasil, representado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres dos Relatórios I, II e III (Brasil, 2004b). O documento é extenso e relata avanços e desafios enfrentados pelo Estado brasileiro, nos últimos dezessete anos, desde a assinatura da CEDAW. Entre a apresentação dos relatórios e os questionamentos levantados pelo Comitê, vale ressaltar que, em resposta aos questionamentos formulados, dentre vários outros, o Brasil assumiu o compromisso de “intensificar a implementação do Programa Integral de Saúde da Mulher, incluindo o desenvolvimento de programas específicos que contemplem o binômio raça e gênero.” (Brasil, 2004b, p. 53).

Ao encontro das propostas em curso e a compromissos firmados, já no ano de 2004, foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- PNAISM (Brasil, 2004a). Com enfoque na integralidade, a promoção e a humanização, a PNAISM enfatiza promoção e prevenção da saúde e autonomia e protagonismo das mulheres sobre seus corpos, cuja atuação se faz somando educação, ação social e trabalho (Freitas *et al.*, 2009).

Conjuntamente com diversos segmentos da sociedade civil, o Ministério da Saúde alicerçou os princípios e diretrizes para a garantia dos direitos humanos das mulheres, bem como para a diminuição da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Ao trazer para a discussão diversos atores da sociedade civil, realizando parcerias com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, o Estado brasileiro deu um passo significativo no respeito a autonomia dos sujeitos, “tornando-os coautores de um processo decisório relevante para a categoria” (Freitas *et al.*, 2009, p. 427).

Além disso, a preocupação na adoção de políticas de acordo com as necessidades das mulheres brasileiras, tornou a PNAISM singular em relação às políticas anteriores, não orientadas por esta preocupação. Deste modo, visando atender as mulheres em sua integralidade, inseriu-as como sujeitos autônomos e participativos, garantido uma assistência mais assertiva as suas reais necessidades (Freitas *et al.*, 2009).

Possuindo como princípios a humanização e a qualidade na atenção à saúde integral, a PNAISM alerta para o fato de que a assistência à saúde das mulheres está marcada pela discriminação, frustrações e violações aos direitos humanos. Neste sentido, a humanização se vincula à uma assistência qualificada que implique o estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos (Brasil, 2004a).

Importante destacar que o documento enfoca o gênero como um dos fatores determinantes da saúde e da formulação de políticas públicas, evidenciado que a “[...] vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e a morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (Brasil, 2004a, p.09).

As recomendações do Comitê CEDAW, referente ao relatório de 2002, já expressavam a preocupação com as diferenças sociais que atingem as mulheres

negras e indígenas no Brasil, recomendando políticas públicas de atenção prioritária aos grupos marginalizados. Sobre a saúde, o Comitê CEDAW, especificamente, recomendou a adoção de medidas para garantir o acesso de todas as mulheres, em todos os ciclos da vida e, principalmente, de grupos desfavorecidos, ao acesso à saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2004b).

Desta forma, a PNAISM traça uma análise demarcando além dos problemas da saúde das mulheres identificados em cada fase da vida, também, uma análise transversal identificando as diferenças regionais, socioeconômicas e outros marcadores, que influenciam na saúde das mulheres e devem ser considerados nas políticas governamentais. Reafirma que a “[...] realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas” (Brasil, 2004a, p. 23).

Além disso, a PNAISM observou que os indicadores epidemiológicos demonstravam que o Brasil convivia com doenças características de países desenvolvidos, com doenças ainda persistentes de países em desenvolvimento, como mortalidade materna e a desnutrição. A partir deste viés, as políticas devem estar alinhadas a imbricação de fatores condicionantes ao padrão da saúde das mulheres (Brasil, 2004a).

Com avanços no campo dos direitos reprodutivos, a PNAISM enfatiza a necessidade de atenção aos programas de planejamento familiar, ao abortamento inseguro, ao combate à violência doméstica e sexual, à saúde obstétrica, à prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (Freitas *et al.*, 2009, p. 427).

Ao traçar o diagnóstico sobre a saúde das mulheres, a PNAISM apresenta preocupação com a mortalidade materna, atentando para o fato de que 92% dos casos são mortes evitáveis; o diagnóstico conclui que as Razões de Mortalidade Materna-RMM elevadas apontam para “[...] precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade” (Brasil, 2004a, p. 26).

Quanto a atenção obstétrica, a PNAISM afirmou a baixa adesão ao PHPN no que se refere às consultas de pré-natal, concluindo que as gestantes não são orientadas da importância da realização destas consultas. Além disso, a política identificou que as intervenções desnecessárias, medicalização excessiva e elevado

número de cesarianas são marcantes no momento do parto.

Além demonstrar a assistência e problemas de saúde que acometem as mulheres em diferentes faixas etárias pelo viés de gênero, a PNAISM também intersecciona orientação sexual, raça, classe, condições de trabalho e de residência, entre outros marcadores sociais que as afetam singularmente. Neste sentido, está alinhada com a saúde das mulheres lésbicas, das mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, mulheres em situação de prisão.

A PNAISM estabelece como objetivos gerais a promoção da melhoria da saúde das mulheres, garantia dos direitos, ampliação de acesso aos serviços de saúde de promoção, de prevenção e de assistência; redução da morbidade e mortalidade das mulheres, em especial, as mortes por causas evitáveis. Por fim, o que se refere à ampliação, à qualificação e à humanização na atenção integral à saúde da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde, delineou as diretrizes para a elaboração e execução das políticas públicas que devem estar norteadas “[...] pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (Brasil, 2004a, p. 63). Além disso, as políticas públicas devem alcançar as especificidades de cada ciclo de vida das mulheres, bem como os distintos grupos populacionais.

Dentre os catorze objetivos específicos propostos, vale ressaltar a promoção de assistência obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, assim como a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescente incluindo:

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial; – garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes; – melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna (Brasil, 2004a, p. 69-70).

A partir destes objetivos, políticas públicas foram sendo implementadas pelo Ministério de Saúde, a fim de dar cumprimento as recomendações indicadas. Assim, com referência ao objeto da pesquisa, podem ser citados(as): o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004c); a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) Portaria 1.067 de 2005 (Brasil, 2005b); a Rede Cegonha- Portarias n. 1.459 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011a), de n. 650 (Brasil, 2011b) e de n. 2.351 (Brasil, 2011c), ambas de 05 de outubro de 2011; a Portaria de n. 930 de 10 de maio de 2012 e a Portaria de n. 1020 de 29 de maio de 2013 (Brasil, 2013a) dispoendo sobre a atenção ao recém-nascido em risco e da gestante de alto risco, respectivamente; a Portaria de n. 11 de 07 de janeiro de 2015 dispoendo sobre o Centro de Parto Normal (CPN). Em 2016 o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana, e em 2017 as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Recentemente foi implementada a Rede Alyne através da Portaria de n. 5.350 de 12 de setembro de 2024.

Os avanços não vieram só do Poder Executivo, a legislação foi se desenhando na tutela aos direitos reprodutivos das mulheres, entre as quais podem ser citadas: a Lei 11.942 de 28 de maio de 2009 (Brasil, 2009) referente ao direito à assistência à saúde da gestante presidiária, bem como a Lei 11.633 de 27 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007b), que acrescentou à Lei 9434 de 04 de fevereiro de 1997, o direito das mulheres à informação sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas, pré-natal e no momento do parto.

Em específico, destaca-se a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005 (Brasil, 2005a), que garante acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; e a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007a), que garante o direito da gestante a ter conhecimento prévio e ser vinculada a uma maternidade específica da rede SUS, que lhe atenderá no momento do parto, prevenindo a peregrinação pelos hospitais da rede.

Assim, nos próximos tópicos são analisadas como estas políticas públicas têm se constituído no enfrentamento da violência aos direitos reprodutivos das mulheres, com enfoque na justiça reprodutiva, especialmente para garantir a qualidade e assistência às gestantes, parturientes, puérperas e neonatos.

## 4.2 O PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTE MATERNA E NEONATAL: DESAFIOS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES E DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A mortalidade materna se apresenta como indicador da qualidade do serviço de assistência prestado pelo Estado às gestantes e neonatos (Fattorelli, 2019). As altas taxas que persistem passam a indicar não só falhas na prestação de serviços de qualidade, mas violações aos direitos humanos das mulheres, uma vez que são mortes evitáveis se não houvesse negligências e precariedade na assistência (Leal *et al.*, 2023).

Diante do índice alarmante de mortes maternas e em descompasso com as metas a serem atingidas, em razão do compromisso assumido através das recomendações e planejamentos internacionais, em 2004, foi lançado e aprovado, pela Comissão Intergestores Tripartite, o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (Brasil, 2004c), tendo como objetivo priorizar a redução da mortalidade materna e de recém nascidos, com o incentivo de políticas públicas de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal.

Se apresentando com uma das ações recomendadas pela PNAISM, o Pacto tem fundamental importância para definir as políticas de assistências juntamente com os Estados, Distrito Federal e Municípios que se comprometem conjuntamente na produção de ações a partir dos objetivos pactuados.

Ao apresentar o Pacto, o Estado brasileiro evidencia que, além de um problema de saúde pública, as mortes materna e neonatal estão condicionadas “[...] à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde [...]” (Brasil, 2004c, p. 03). Enfrentando o reconhecimento social e político, o documento sublinha que os índices de mortalidade atingem desigualmente as mulheres e neonatos de regiões brasileiras e de classes sociais mais vulneráveis.

O Pacto também realça a dificuldade de monitoramento da base de dados sobre os reais números de mortes maternas e neonatais, em razão das subnotificações, caracterizada pelo preenchimento incorreto das declarações de óbitos, ocorrendo quando há omissão da causa morte em razão da gestação, parto ou puerpério, como descrito no caso Alyne Pimentel. Além disso, há o sub-registro,

caracterizado pela omissão do registro de óbito em cartório, prevalentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, em virtude da dificuldade de acesso aos cartórios, cemitérios irregulares e, principalmente, da falta de informação da população sobre a importância da declaração de óbito. O documento ainda destaca que declaração de óbito de mulheres e crianças são subnotificadas em regiões afastadas ou por pessoas de baixa renda, pois apenas as consequências diretas, como herança ou benefícios previdenciários são as causas de preocupação com os registros (Brasil, 2004c).

Na elaboração do Pacto, percebe-se uma preocupação não só com os altos índices de mortalidade materna e neonatal, caracterizado como um problema de saúde pública e de violação aos direitos reprodutivos, mas também com a forma desigual que se apresentam nas diferentes regiões do Brasil; outrossim, identifica que a qualidade da assistência está diretamente associada a morte de mulheres e de crianças, em sua maioria, negras e pardas.

No Brasil, o racismo institucional permeia as relações de assistência à saúde. Entre o período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, foi realizada uma extensa pesquisa de abrangência nacional, intitulada “Nascer no Brasil - Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”. Nos dados da pesquisa, é evidente as diferenças de cuidados entre mulheres pretas, pardas e brancas. Conforme a pesquisa, as mulheres pretas e pardas, com predomínio nas regiões Norte e Nordeste do país, eram menos escolarizadas, com menos recursos econômicos, estavam entre o maior número com gestantes adolescentes e usuárias do SUS (Leal *et al.*, 2017).

Em relação a mulheres brancas, as gestantes pretas e pardas possuíram maior risco de pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade e peregrinação no momento do parto, ausência de acompanhante, foram menos orientadas sobre o parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Além disso, estas mulheres tiveram menos intervenções durante o parto vaginal, envolvendo os usos de anestesia local, de ocitocina, de episiotomia e menor taxa de cesarianas, bem como maior chance de nascimento pós-termo, ou seja, após 41 semanas de gestação (Leal *et al.*, 2017).

Aqui importa destacar que, embora, o número reduzido de intervenções durante o parto se configure como modelo de parto humanizado e acolhimento com a gestante, quando observado pela perspectiva de raça, é indicativo do racismo institucional. Pois, como observado por Leal *et al.* (2017, p.10), “[...] o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas

também como indicativas de um ‘bom cuidado’”.

O mesmo ocorre quando se analisa o índice de nascimentos após a 41ª semana gestacional, demonstrando a menor preocupação com estas gestantes, que, em tese, poderia indicar a necessidade de intervenção médica. Além disso, a ideia de que mulheres negras são mais resistentes a dor, mesmo sem qualquer evidência, entre profissionais de saúde, denota o racismo institucional presente nas salas de parto. Leal *et al.* (2017) alertam para a prevalência de depressão pós-parto em mulheres pretas e desfechos negativos ao recém-nascidos, decorrente de estresse físico e psicossocial causados por experiências de discriminação racial.

Estudos mais recentes corroboram com a pesquisa anterior e indicam que a mortalidade materna difere quando analisada pelo recorte racial. A Pesquisa Nascer no Brasil II (2023), ainda em curso, apresentou dados preliminares sobre a morte materna de mulheres negras no contexto do SUS. Para contextualizar, ressalta-se que a pesquisa ocorreu no período de novembro de 2021 a outubro de 2023 e teve como foco mulheres de cor preta ou parda, em comparativo com mulheres brancas<sup>20</sup>. De acordo com os dados da pesquisa, entre as mulheres negras, foram evidenciados índices maiores de baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado, solidão conjugal, de gestações na adolescência e internações por aborto (Leal *et al.*, 2023).

O apontamento do racismo institucional imbricado com a violência obstétrica é visível quando da análise dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sobre a Razão de Mortalidade Materna (RMM), entre os anos de 2015 até 2023 (Leal *et al.*, 2023, DATASUS)<sup>21</sup>. Os índices da mortalidade materna em mulheres negras se apresentaram duas vezes maior em comparativo com a morte de mulheres brancas. Entre as principais causas de mortes maternas registradas no SIM estavam os transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério; as complicações no trabalho de parto e do parto, como a hemorragia; infecção puerperal e o aborto estiveram mais presente entre as mulheres pretas e pardas em todas as causas apontadas. (Leal *et al.*, 2023).

---

<sup>20</sup> Para esta análise, mulheres autodeclaradas amarelas ou indígenas não foram mencionadas

<sup>21</sup> No ano de 2021, em razão da pandemia a taxa de mortalidade esteve em 107,53 para cada 100 mil, um aumento de 94,4% em relação aos anos anteriores, decaindo nos anos posteriores. sendo o índice de 121 mortes entre a população branca e 194,80 entre a população negra. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/28-5-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-3/#:~:text=Quantifica%C3%A7%C3%A3o%20preliminar%20da%20Raz%C3%A3o%20de,mortes/100%20mil%20at%C3%A9%202030>.

Com relação à Morbidade Materna Grave (MMG)<sup>22</sup> e ao Near Miss Materno (NMM)<sup>23</sup>, os resultados das amostras demonstraram também maiores incidências em mulheres negras, com maior vulnerabilidade social, aqui inclusos baixa escolaridade, mães chefes de família e com mais de 35 anos de idade. (Leal *et al.*, 2023). Importante destacar que Near Miss Materno ocorre, na maioria das vezes, em razão de atraso ao acesso e assistência obstétrica necessário.

Para Maíra Fattorelli (2019, p.56), “identifica-se a morte materna enquanto possível fruto de uma atuação do Estado de precarização de vidas e de estigmatização de corpos” . Ainda, de acordo com a autora:

A condição de precariedade é, então, identificada como uma condição politicamente induzida que recai sobre as vidas que não consideradas valiosas e que são fadadas a suportar a privação de direitos, e a exposição diferenciada à violência e à morte (Fattorelli, 2019, p. 57).

Resta evidenciado que a vivência da maternidade e assistência à saúde interseccionam desigualdades raciais e de classe. Portanto, a análise da problemática deve ser holística, imbricando todos os sistemas de opressão, a fim de não mascarar as reais causas que levam a mortalidade materna (Fattorelli, 2019). Desta forma, o Pacto visa ampliar a discussão com a sociedade civil para além dos números, de modo a trazer foco para fatores etários, raciais, socioeconômicos, entre outros, implicados na mortalidade materna e neonatal, bem como promover ações de assistência que considerem dimensões interseccionais de opressão em sua base.

Após apresentar o estudo sobre as razões da mortalidade materna e neonatal, o Pacto apresentou as ações estratégicas a serem priorizadas pelo governo, buscando parcerias com a sociedade civil, fomentando o estímulo na execução de políticas públicas.

Segundo as autoras Reis, Pepe e Caetano (2011), em consequência das discussões do Pacto foram identificadas outras iniciativas realizadas pelo Estado brasileiro, tais como o lançamento da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal -PNAON (Brasil, 2005), o direito a um acompanhante durante o parto, através da Lei n. 11.108 de 07 de abril de 2005 (Brasil, 2005a), a garantia de

---

<sup>22</sup> Morbidade Materna Grave (MMG) é definida “como a ocorrência de uma complicação materna grave durante a gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o término da gestação).” (Leal *et al.*, 2023, p.14).

<sup>23</sup> Near Miss Materno (NMM) é o termo “utilizado para as mulheres que quase morreram, mas sobreviveram, a complicações ocorridas no período gravídico-puerperal.” (Leal *et al.*, 2023, p.14).

acolhimento nos serviços de parto, conforme a Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007a).

A Lei n. 11.108/2005, em alteração a Lei. 8080/90, conhecida como a Lei do Acompanhante, é um importante avanço nos direitos à saúde obstétrica, determinando a obrigatoriedade dos serviços de saúde dos SUS, própria ou conveniada, permitirem a presença de um acompanhante à gestante durante o trabalho de parto e o pós-parto.

Esta obrigatoriedade se estende aos hospitais privados em conformidade com a Resolução 36 de 03 de junho de 2008 (Brasil, 2008), que regulamentou o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e com a Resolução Normativa n. 428 de 07 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde - ANS (Brasil, 2017a), que assegura a cobertura das despesas acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, incluindo a paramentação, acomodação e alimentação. Além disso, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), assegurou o direito da gestante e parturiente ao acompanhante, com a inclusão do §6º ao artigo 8º pela Lei 13.257 de 08 de março de 2016 (Brasil, 2016a).

Segundo Thamis Dalsenter Vivieiros de Castro (2019, p. 28):

[...] a Lei do Acompanhante veio conferir maior concretude à tutela jurídica da gestante, afastando qualquer dúvida sobre a liberdade de escolha da parturiente e explicitando que todas as instituições, públicas ou privadas, são obrigadas a assegurar este direito.

Em suma, em conformidade com a lei, a gestante tem assegurado a presença de um acompanhante de sua escolha, ou seja, não há condicionantes acerca de grau de parentesco, ou gênero, ou necessidade de qualquer justificativa pela escolha. Também, o direito da presença do acompanhante em todo período entre o início do trabalho de parto até o pós-parto, parto normal ou cesárea, a participação do acompanhante está garantida. Além disso, é ilícito a cobrança de qualquer valor adicional em razão da presença do acompanhante, pois se trata de um direito da parturiente e os estabelecimentos de saúde devem ser adequar a legislação (Castro, 2019).

Fundamental entender que a Lei do Acompanhante se estende às gestantes encarceradas, em atendimento aos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa. Assim como este direito, estas mulheres mantêm o direito de possuir uma atenção humanizada e de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério. A Lei

11.942/2009 promoveu algumas alterações na Lei de Execução Penal, assegurando às gestantes e parturientes, igualmente, aos recém-nascidos condições mínimas de assistência, dentre as quais o acompanhamento médico no pré-natal, no pós-parto e aos recém-nascidos (Brasil, 2009).

Contribuindo para a humanização do parto e do nascimento, a presença do acompanhante traz além de benefícios emocionais à paciente, que se sente mais segura com a presença de uma pessoa de sua confiança, contribuições efetivas ao momento do parto. Estudos têm demonstrado que a presença de um acompanhante reduz o uso de analgesia, da sensação de dor, do uso de fórceps, diminuição da duração do trabalho de parto e aumento nos índices de Apgar (Carvalho; Oliveira; Macedo, 2021).

Não obstante a lei datar de 2005, alguns obstáculos ainda são visíveis, o próprio desconhecimento da lei impede que as usuárias estejam acompanhadas no momento do parto, além disso as barreiras institucionais com alegada falta de acomodação (Carvalho; Oliveira; Macedo, 2021). Por fim, a resistência médica persiste, com alegações que vão desde a necessidade de se tratar de um parto de emergência ou que a presença de outra pessoa aumentaria o risco de contaminação durante o procedimento cirúrgico (Castro, 2019).

Além da promulgação da Lei do Acompanhante, no ano de 2005 ocorreu a formulação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), que reflete a necessidade de ações governamentais propostas no Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal, considerando a situação da atenção obstétrica e neonatal, principalmente, em relação aos índices de mortalidade. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal foi implementada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria n. 1.067 de 04 de julho de 2005 (Brasil, 2005b). Conforme Art.1º, parágrafo único, do documento legislativo, a presente Política “será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal”, com o seguinte objetivo:

[...] o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2005, art. 1º, § único)

Também, estabeleceu os direitos das gestantes, puérperas e dos neonatos, assegurando as condições de assistência humanizada e de qualidade para realização do pré-natal, no parto, e atendimento às puérperas e a criança. Ao definir a humanização, a PNAON a descreve como a “[...] adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, 2005b).

Apesar de ser uma Política em conformidade com a PNAISM, pela perspectiva da assistência humanizada, fomentando ações de promoção, de prevenção, de ampliação à assistência à saúde obstétrica e neonatal, cabe registrar que foi primeiramente suspensa, para análise dos impactos financeiros, pela Portaria 1.187 de 13 de julho de 2005 (Brasil,2005c) e, posteriormente, revogada, através da Portaria 2.442 de 069 de dezembro de 2005 (Brasil,2005d).

Também, como resultado das ações estratégicas apresentadas no Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, foi promulgada a Lei 11.634/2007, que possibilita a todas as gestantes assistidas pelo SUS, o direito ao reconhecimento e à vinculação prévia à maternidade que será atendida no momento do parto e a que lhe irá assistir nos casos de intercorrência no pré-natal.

Ressalta-se a importância da Lei 11.634/2007, em razão das consequências advindas da falta de vaga nas maternidades. De acordo com dados apresentados no site Nascer no Brasil - Grupo de Pesquisa Saúde da mulher, da criança e do adolescente, “liderado pela Dra. Maria do Carmo Leal, e sob coordenação geral da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz)”<sup>24</sup>, a peregrinação durante o trabalho de parto aumenta em 23% a chance da realização do parto cesariana, em 62% a possibilidade do bebê nascer prematuro e em 56% de nascer com baixo peso, em 56% aumenta os riscos de o recém-nascido nascer com Apgar baixo e em 48% de nascer com problemas de saúde.

Alyne Pimentel não foi um caso isolado, outras gestantes também tiveram negados o seu direito à internação para realização do parto, fazendo uma peregrinação em maternidades em busca de um atendimento. A pesquisa Nascer no Brasil, realizada através de entrevistas com puérperas em todas as regiões do Brasil e com dados coletados, entre os anos de 2011 e 2012, demonstraram que 60% das

---

<sup>24</sup> Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

gestantes afirmaram ter tido orientação antecipada sobre a maternidade que ocorreria o parto, sendo que destas, 84,5% tiveram os partos realizados na maternidade indicada. De acordo com a pesquisa, observou-se que a falta da orientação sobre a maternidade se deu em maior número entre as gestantes adolescentes e as gestantes de menor escolaridade (Viellas *et al.*, 2014).

Ainda, segundo a pesquisa, 16,2% das entrevistadas afirmaram que passaram pela peregrinação por maternidades até serem internadas e as justificativas para recusa das gestantes foram: a ausência de condições de atendimento, por falta de médicos, insumos e equipamentos; falta de vaga para a gestante e/ou o bebê; e situação de risco clínico e/ou obstétrico. Outras questões foram levantadas para negativa das internações: o fato de a unidade não prestar assistência ao parto; a baixa qualidade de atendimento; e o “perfil da unidade procurada, com restrições ao atendimento conforme característica da gestante, como, por exemplo, a gestante ser adolescente ou primípara” (Viellas *et al.*, 2014, p. 96).

A pesquisa demonstrou que a peregrinação durante o trabalho de parto foi mais acentuada na Região Nordeste, com 33,1% dos casos; seguidos pela Região Centro-Oeste- 23,7%, Sudeste- 20,9%, Norte-20,3% e a Região Sul, com 10,8% das ocorrências. Por fim, segundo Viela *et al.* (2014), através dos dados coletados, foi observado que a peregrinação se deu em maior número entre as gestantes pardas, pretas e amarelas, em adolescentes, mulheres com menor grau de escolaridade, mulheres sem companheiros e aquelas que experienciavam a primeira gravidez.

Não obstante, apesar das políticas públicas até então implementadas, não houve a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal nos patamares recomendados pela OMS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Assim, com a proposta de melhorar os indicadores de assistência à saúde materna e da criança, em 2011, por meio da Portaria de n. 1.459 (Brasil, 2011a) e Portaria de n. 650 (Brasil, 2011b) ambas de 05 de outubro de 2011, foi instituída a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, articulando-se como uma rede de cuidados e visando, conforme art. 1º, “[...] assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [...]” (Brasil, 2011a). Sendo assim, no próximo e último tópico, são apresentadas ações de políticas de públicas no contexto da Rede Cegonha.

### 4.3 DIREITOS REPRODUTIVOS E JUSTIÇA REPRODUTIVA NO CONTEXTO DA REDE CEGONHA: AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para contextualizar, a Rede Cegonha é uma das redes temáticas instituídas após a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), publicada pelo Ministério da Saúde, pela Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), regulamentada pelo Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011d). A RAS estabelece a responsabilidades dos entes federativos na sua constituição, organização e funcionamento, através de metas pactuadas e responsabilidades assumidas pela esfera do executivo federal, estadual e municipal integrados em rede. A RAS é conceituada como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (Brasil, 2010).

Nesta senda, a Rede Cegonha se apresenta como um novo modelo de atenção à saúde das mulheres e das crianças, até vinte e quatro meses; organiza-se por meio da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, trazendo como princípios norteadores a proteção aos direitos humanos, o respeito à diversidade, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes (Brasil, 2011a, art. 2º).

A articulação da Rede Cegonha se faz pelas diretrizes elencadas no artigo 4º, que se referem a garantia ao acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; da atenção à saúde das crianças, de zero a vinte e quatro meses, com qualidade e resolutividade; e de acesso às ações do planejamento reprodutivo (Brasil, 2011a).

Além da qualidade de atenção prestada às mulheres, também, visa à qualificação nos serviços ofertados pelo SUS desde o planejamento familiar, na confirmação da gravidez, durante o pré-natal, no parto e no puerpério, bem como na assistência à criança até dois anos idade.

A assistência humanizada, identificada na Rede Cegonha, está fundamentada no respeito, na dignidade e autonomia das mulheres e das crianças,

iniciando no pré-natal com o acolhimento da gestante e com uma assistência à saúde realizada por uma equipe multidisciplinar qualificada, compromissada com a efetivação da medicina baseada em evidências de eficácia e segurança. Nesta perspectiva, os profissionais da saúde aparecem em segundo plano, atuando como assistentes deste processo, dando o suporte necessário às mulheres, auxiliando-as e intervindo para assegurar a saúde das mulheres e das crianças em situações de maior risco. O Ministério da Saúde ao apresentar a cartilha sobre a Rede Cegonha- gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar (Brasil, 2013b) reafirma este entendimento considerando que “a humanização privilegia o bem-estar da mulher e do bebê ao considerar os processos fisiológicos, psicológicos e o contexto sociocultural, caracterizado pelo acompanhamento contínuo de gestação e parturição”.

Outrossim, a Rede Cegonha complementa a ideia do PHPN, retirando o protagonismo da equipe médica e a ideia da gestação como processo patológico, concedendo à gestante o reconhecimento da sua autonomia e o direito de experienciar todo o processo da maternidade com mais informações e conhecimento de seu corpo durante todo processo gestacional. Para tanto, tem como objetivo promover a implementação de um modelo de atenção ao parto e nascimento, organizar uma rede de atenção à saúde de mulheres e crianças, com garantia de acolhimento e resolutividade e, por fim, a redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011a, art. 3º).

A Rede Cegonha foi estruturada a partir de quatro componentes: o pré-natal; o parto e nascimento; o puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico. Para cada componente, estão definidas as ações de atenção à saúde, denotando a importância de cada um para assegurar a integralidade da assistência à saúde das mulheres, os quais foram sendo implementados em portarias posteriores.

Neste primeiro momento foi reconhecida importância da atenção desde o pré-natal para a redução morbimortalidade, muitas vezes decorrentes da falta de acompanhamento adequado na gestação. No parto e nascimento o intuito foi reduzir a medicalização do nascimento e o uso de procedimentos sem evidências científicas, incluindo a redução do número de cesáreas, acolhimento da gestação com classificação de risco.

No componente puerpério é importante destacar o olhar dos profissionais

de saúde para a identificação de depressão pós-parto e a orientação sobre a saúde sexual e reprodutiva, já na atenção integral à saúde das crianças as ações se voltam para além da caderneta de vacinação, também na atenção aos recém-nascidos com risco em potencial, com a garantia de leitos hospitalares e promoção do aleitamento materno e alimentação saudável.

Quanto ao sistema logístico, a estratégia foi, em linhas gerais, garantir o transporte adequado para todas as solicitações, em conformidade com a gravidade de cada caso. Desta forma, com ações de ampliação e melhorias na assistência à saúde obstétrica e neonatal, bem como na capacitação de profissionais de saúde, principalmente na enfermagem obstétrica, a Rede Cegonha, segundo Pauline Cristine da Silva Cavalcanti *et al.* (2013, p. 1300), prima:

[...] para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, a partir de evidências científicas concretas.

Para integrar o trabalho da Rede Cegonha, em 10 de maio de 2012, foi instituída a Portaria n. 930, que definiu as “diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2012). Com os mesmos parâmetros sustentados pela Rede Cegonha, referente ao acolhimento e qualificação da assistência, esta portaria visa garantir o direito a diferentes níveis de assistência neonatal, com a organização de leitos da unidade neonatal, identificando o número de leitos de acordo com o número de nascimentos na unidade hospitalar.

Também divide as unidades neonatal de acordo com as necessidades de cuidado: Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), subdivididas em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A portaria identifica as situações de riscos que elegem cada unidade de tratamento, bem como determina a forma de custeio.

Corroborando com as políticas da Rede Cegonha e ao encontro das considerações levantadas pela CEDAW, na sentença do caso Alyne Pimentel, através da Portaria n.1.020 de 29 de maio de 2013, foram instituídas as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde nas gestações de alto risco. Em conformidade com a Portaria n. 1.020/2013 (Brasil, 2013a), considera-se gestação, parto e puerpério de

risco:

Art. 2º, II- [...] situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis; (Brasil, 2013).

Define o risco materno, fetal e neonatal (art. 2º, Brasil, 2013a) e, neste mesmo artigo, indica traslado responsável na gestação de alto risco:

Art. 2º, VI- [...] processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; (Brasil, 2013).

Atentando para os princípios e diretrizes que norteiam a Rede Cegonha, adverte que a organização da Assistência à Saúde na Gestação de Alto Risco seja realizada por equipes multidisciplinares e contemple todos os níveis de complexidade, com abordagem integral às gestantes em suas especificidades, tendo em vista condições clínicas, socioeconômicas e demográficas.

A Portaria n.1.020/2013 (Brasil, 2013a), também em complementação a Rede Cegonha, estabeleceu a estrutura para a avaliação e os procedimentos de pré-natal, gestação e parto de gestantes de alto risco, bem como a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).

Em 07 de janeiro de 2015, foi instituída a Portaria n. 11 (Brasil, 2015)<sup>25</sup>, que redefiniu as diretrizes para a implantação e habilitação do Centro de Parto Normal (CPN) no SUS, conforme o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, definido, no art. 3º, como “a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações [...]”, traçando os moldes para implementação do Centro de Parto Normal nos hospitais e maternidades (Brasil, 2015).

O que é importante registrar sobre Portaria n. 11/2015 são as razões de implementação desta política pública expressa no preâmbulo: “[...] a necessidade de implementação de medidas de proteção contra abuso, violência ou negligência no parto” (Brasil, 2015); bem como de medidas para reduzir o número de cesáreas. Além

---

<sup>25</sup> O Ministério da Saúde, através da Portaria 03 de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017c), consolidou as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, anexando nesta, as Portaria de n. 1459/2011. N. 1020/2013 e n. 11/2015.

disso, destaca a necessidade de revisões sistemáticas e evidências científicas nas práticas de assistência, com a superação do modelo biologista e medicalizante de atenção ao parto; e, por fim, evidencia o direito das mulheres a “ambientes de cuidado que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.” (Brasil, 2015).

O artigo 2º (Brasil, 2015) elenca algumas definições, entre as quais, destacam-se: a atenção humanizada ao parto e nascimento, entendida como “respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;” e a parto normal “como trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto.”

A Portaria n. 11/2015 (Brasil, 2015) define a classificação do Centro de Parto Normal em CPN Intra-hospitalar (CPNi) Tipo I e Tipo II, identificados como a assistência ao parto normal de risco habitual dentro do hospital; e o CPN peri – hospitalar (CPNp) ou casa de parto, ambiente extra- hospitalar, cujo objetivo é a realização de parto fisiológico de gestantes de baixo risco e o atendimento feito por obstetizes e enfermeiras obstetras. Segundo Priscila Kiselar Mortelaro *et al.* (2024), estudos demonstram que têm sido positivos a relação entre estes profissionais e a redução de intervenções, dos índices de cesáreas e de complicações materno-fetais e da mortalidade.

Em um movimento de incentivo à mudança de paradigma sobre a patologização do parto, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, através da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, estabelecendo os parâmetros sobre o parto normal no Brasil. O documento explicita os avanços da obstetrícia propiciando maior segurança às mulheres e neonatos, entretanto faz uma crítica ao excesso de intervenções que não contribuem para a qualidade da assistência e, ao contrário, promovem a biologização do fisiológico. Assim descreve:

Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em

busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indelévels, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (Brasil, 2017).

Elaborada por um grupo multidisciplinar, tendo como objetivo fomentar a prática do parto natural de forma segura e baseada em evidências, nos termos da determinação da Organização Mundial da Saúde de 1996 (Brasil, 2017,b), as diretrizes nacionais objetivam:

2.1-Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (Brasil, 2017).

Busca ainda incentivar e padronizar práticas mais comuns, reduzir intervenções desnecessárias, difundir práticas baseadas em evidências e recomendar as práticas, mas sem substituir o julgamento dos profissionais, da parturiente e familiares. De acordo com o documento, a qualidade da assistência à saúde das mulheres está baseada no tripé formado pelas diretrizes clínicas baseadas em evidências, somado a experiência clínica dos profissionais e as necessidades únicas das mulheres e familiares, formando a prática clínica baseada em evidências (Brasil, 2017b).

A Portaria n. 353/2017 tem um anexo bastante extenso e traz pormenorizadamente os procedimentos indicados para o trabalho de parto e assistência ao neonato. Constitui-se como um manual didático, com estudos comprobatórios sobre as intervenções farmacológicas e o manuseio das boas práticas no momento do parto, incluindo estudos sobre o local de assistência, qualificação dos profissionais, procedimentos para o alívio da dor no trabalho de parto, assistência no primeiro, segundo e terceiro período do parto, cuidados pós- parto, assistência ao recém-nascido, dentre outros (Brasil, 2017b).

Anteriormente, houve a elaboração das Diretrizes de Atenção à Gestante-a operação cesariana, apresentada pela Portaria de n. 306 de 28 de março de 2016 (Brasil,2016b), reunindo recomendações para a operação cesariana, evidenciado a obrigatoriedade dos profissionais da saúde informarem às gestantes sobre possíveis riscos e eventos adversos causados pelo procedimento cirúrgico. Da mesma forma que as diretrizes sobre o parto normal, este documento contou com a participação de diversos segmentos civil, com a coordenação do Ministério da Saúde e com o objetivo

de orientar profissionais da saúde, gestores, gestantes e a sociedade como um todo sobre as questões relacionadas às vias de parto, indicações e condutas, recomendadas por estudos científicos sobre a temática (Brasil, 2016b).

Segundo apresentado no Relatório 179 sobre as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, apresentado pelo Ministério da Saúde (2016c), o parto cesáreo é uma cirurgia segura com baixos índices de complicações graves, bem como indicado por razões médicas e, conseqüentemente, diminuindo a mortalidade materna perinatal, quando evidente os riscos apresentados por um parto normal.

Não obstante, enquanto a OMS (2015) recomenda a taxa de cesáreas entre 10% em 15% do total de partos realizados, afirmando que estudos evidenciaram que taxas maiores que estas não reduzem a mortalidade materna, o Estado brasileiro vem na direção contrária apresentando uma taxa de partos cesáreas realizados no Brasil, de 56% neste mesmo período. Discrepantes os números quando separados entre o serviço público, com taxa de 40% e o serviço privado, cujo índice aumenta para 85% do número de cesáreas (Brasil, 2016c).

Diniz (2009) afirma que no setor de privado a alta de taxa de cesáreas está ligado ao modelo organizacional que a autora chamou de 'cesárea de rotina' que vem substituir a imprevisibilidade do parto normal, como uma relação de produção, em uma idealização que a segurança está na presença do profissional de saúde.

Ainda de acordo com o Relatório 179 (Brasil, 2016c) as causas para os altos índices de cirurgias cesáreas podem ser explicadas pelas características socioculturais do país, qualidade dos serviços de assistência centrada em um profissional de saúde e não na equipe multidisciplinar, e a falta de preparo e de informações prestadas às gestantes sobre o parto e nascimento. Em razão do processo traumático e intervencionais vivenciado por mulheres durante o parto normal, as mulheres optam pela cesárea, com a falsa percepção de mais seguro (Diniz, 2009).

Conforme observado, no Brasil, a alta incidência de partos cesáreas demonstra que este procedimento está sendo utilizado sem razões que justifiquem sua prática. Embora, segundo o relatório, a cirurgia cesariana não esteja associada com complicações maternas, seu uso indiscriminado alerta para as complicações cirúrgicas graves:

Juntamente com as questões sociais, estruturais e biomédicas que determinam a mortalidade materna em nosso país, acredita-se que as complicações maternas graves decorrentes da operação cesariana possam

ser um fator contribuinte adicional para a atenuação da velocidade de redução da mortalidade materna no Brasil (Brasil, 2016c, p. 18).

Ademais, as cirurgias cesarianas eletivas ocorridas por volta da 37ª semana de gestação contribuem para complicações ao neonato como a prematuridade tardia iatrogênica, da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal. Para além, segundo o relatório, partos cesáreas podem “interferir na vinculação mãe e bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança” (Brasil, 2016c, p.18-19).

Isto posto, cristalino os avanços apresentados pelo Estado brasileiro na promoção de políticas públicas, a partir das estratégias propostas no Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, confiadas, principalmente, à Rede Cegonha. Nesse sentido, a melhoria na assistência obstétrica e neonatal, podem ser analisadas no estudo realizado, no ano de 2017, para a avaliação da Rede Cegonha, coordenado pela Fiocruz e pela Universidade Federal do Maranhão, na implantação de boas práticas da assistência ao parto e nascimento. Em seiscentas maternidades públicas ou conveniadas ao SUS que aderiram ao projeto foram observadas melhorias no atendimento obstétrico em comparativo ao estudo Nascer Brasil, realizado nos anos de 2011-2012. Nos dois estudos foram utilizados os mesmos critérios de pesquisa, o que permitiu melhor consistência nos dados comparados (Leal *et al.*, 2019).

De acordo com a leitura apresentada por Leal *et al.* (2019), no manejo durante o trabalho de parto, a presença de acompanhante aumentou de 46,4% para 84,7%, o uso do partograma de 49,2% para 57%, de métodos não farmacológicos para o alívio de dor de 29,2% para 56,7%, a deambulação de 48,1% para 69,2%, a permissão de ingestão de líquidos e alimentos de 28,1% para 47,6%, o uso de cateter periférico diminuiu de 71,8% para 58,3%.

Houve a redução de práticas intervencionistas não recomendadas durante o parto vaginal. A litotomia diminuiu de 91,1% para 62,1%, embora a recomendação da OMS seja que a gestante escolha a melhor posição para o parto. A realização de episiotomia passou de 47,3% para 27,7%, apesar de ser um procedimento não recomendado em parto vaginal espontâneo, sem a indicação de taxa aceitável. Já a manobra de Kristeller, mesmo sem recomendação de boas práticas, ainda aparece sendo utilizada nas maternidades, reduzindo de 36,1% para 15,9%; e o uso de

analgésia aumentou de 7,2% para 16,1%. O estudo destacou o aumento do número de partos vaginais assistidos por enfermeiros(as) obstétricas – de 16,5% para 27,3%. De acordo com Leal *et al.* (2019), estudos têm demonstrado impactos positivos nos resultados no trabalho de parto e parto, reduzindo intervenções desnecessárias, cesarianas e melhores resultados perinatais.

Dados trazidos pelo estudo se referem aos comparativos por região, havendo melhorias nas boas práticas obstétricas em todas as macrorregiões do país e redução das práticas não recomendadas no atendimento, com avanços consideráveis nas regiões Norte e Nordeste (Leal *et al.*, 2019). Entretanto, as menores taxas da utilização de boas práticas continuam a incidir sobre as mulheres que se autodeclararam pretas (ENSP-FIOCRUZ, 2021).

Entre os dados coletados, observa-se que o acolhimento em obstetrícia foi uma diretriz implantada de forma satisfatória, com mudanças nas maternidades do SUS. Porém, apesar dos avanços, a pesquisa identificou problemas, dentre eles a comunicação da atenção primária com a maternidade, trazendo consequências aos cuidados, necessidade de melhor qualificação de profissionais, melhoria no atendimento de gestantes portadoras de deficiências, mulheres negras e pardas, em que persistiram algumas diferenças no comparativo com as gestantes brancas. (ENSP-FIOCRUZ, 2021; Alves *et al.*, 2021).

Em que pese toda estruturação das políticas públicas pela perspectiva da humanização e do protagonismo das mulheres, enfatizando a garantia dos direitos reprodutivos a elas inerentes e o próprio direito à saúde, identificado na assistência de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério, houve a reformulação das redes de assistência, com a substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), instituída através da Portaria n. 715 de 04 de abril de 2022 (Brasil, 2022a) e Portaria n. 2.228 de 01 de julho de 2022 (Brasil, 2022b) que dispôs sobre a habilitação e financiamento da nova rede de atenção obstétrica.

Importante destacar que a perspectiva que pauta a análise de impacto para reorganização da rede é a redução taxa de mortalidade materna e neonatal ainda alta e em desacordo com o compromisso assumido pelo Brasil para Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) o que foi pactuada em razão de 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da->

Segundo o relatório de análise de impacto regulatório, realizado pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2022c), a RAMI teve como objetivo a reestruturação da Rede Cegonha, para dar maior efetividade na assistência à saúde, alegando falha nas políticas públicas implementadas, desatualização e desorganização na estrutura da rede, falta de qualificação dos profissionais, levando a malversação dos recursos públicos e precariedade dos serviços prestados pelo SUS.

Assim, de acordo com o relatório, a RAMI era necessária para reorganizar a rede, com ações resolutivas, propiciando qualidade e segurança às mulheres desde o planejamento familiar até o puerpério; organizar os fluxos de atendimento ao pré-natal e parto de risco habitual e de alto risco; monitorar e ampliar o acesso e humanização no atendimento (Brasil, 2022c).

Diferente da Rede Cegonha, a RAMI estruturou suas diretrizes em seis componentes: atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, sistemas de apoio, logísticos e de governança. Outrossim, enquanto a Rede Cegonha baseava a atenção nas diferentes etapas do ciclo gravídico-puerperal e planejamento reprodutivo, a RAMI se estrutura no modelo de rede de atenção à saúde, voltado para as condições crônicas (Mortelaro *et al.*, 2024).

O estudo de Mortelaro *et al.* (2024) evidencia que a estruturação da RAMI, contudo, não trouxe apenas a reformulação ou aprimoramento na Rede Cegonha. Seu impacto está na mudança de paradigmas que vinha sendo construída pelas políticas anteriores, iniciadas na PNAISM, principalmente, o enfoque de gênero, um dos princípios basilares desta política. Observa-se este viés ao analisar os sujeitos de assistência, sendo mulheres em idade fértil, para quem são direcionadas a atenção e a garantia de acesso a métodos contraceptivos.

Desse recorte, resulta-se o deslocamento de uma abordagem de promoção da saúde sexual e reprodutiva direcionada a toda a população, restringindo-se ao espectro da saúde materno-infantil (Mortelaro *et al.*, 2024, p. 05).

Os autores complementam que, apesar de estarem previstas ações de planejamento familiar e sexualidade responsável, todas elas estavam direcionadas ao mapeamento de mulheres em idade fértil e o acesso aos métodos contraceptivos exclusivamente a elas, similares às políticas públicas, anteriores ao PAISM.

Nesse sentido, a Rami configura uma proposta mais semelhante a um regime de atenção à saúde da mulher anterior às reverberações das reivindicações feministas na concepção das políticas de saúde direcionadas a essa parcela da população, que marcou a década de 1980. (Mortelaro *et al.*, 2024, p.05).

A RAMI retira dos seus princípios o enfoque de gênero e as garantias dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens e adolescentes, conforme era previsto na Rede Cegonha, que trazia todo processo de construção de garantias dos direitos das mulheres, pautas reivindicatórias e compromissos assumidos em acordos internacionais. Ao retirar o enfoque de gênero da construção da política pública, o Estado brasileiro se omite das relações assimétricas em que são construídas as relações sociais (Mortelaro *et al.*, 2024).

Não diferente foi em relação aos agentes de assistência, na medida em que centralizou, nos médicos os serviços de atenção ao pré-natal e parto, o que remonta à perspectiva patológica do parto.

A Rami, por sua vez, é uma rede de atenção cuja estrutura reflete uma ênfase no risco gestacional, operando, de partida, uma clara ruptura entre os locais e os agentes da atenção ao baixo e alto risco gestacional. Além disso, a estruturação dos serviços de atenção à gestação de baixo risco parte do princípio de que todo trabalho de parto tem o potencial de ser um evento patológico (Mortelaro *et al.*, 2024, p.11).

Em resumo, é possível argumentar que, mesmo afirmando primar por uma atenção humanizada, em sua redação, a RAMI propaga uma proposta retrógrada, descontinuando uma luta de décadas dos feminismos pelos direitos reprodutivos. Contribui para perpetuar a violência de gênero e naturalizar a violência obstétrica, em uma relação vertical e patológica da assistência à saúde das gestantes e puérperas.

Não obstante, mesmo apresentando consideráveis modificações, na prática a RAMI não foi bem recebida pelos gestores, em razão de não ter havido uma pactuação tripartite anterior. Sem discussão com Estados e Municípios, não foi recepcionada em muitos Estados da Federação (CONASS)<sup>27</sup>. Ademais, sua execução foi breve, posto que, no início do ano 2023, foi revogada pela Portaria de n.13 de 13 de janeiro de 2023 (Brasil, 2023a), quando houve a repriminção das portarias anteriores.

Mais recentemente, ocorreu a reestruturação da Rede Cegonha, por meio

---

<sup>27</sup> Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>

da Rede Alyne<sup>2827</sup>, Portaria n. 5.350 de 12 de setembro de 2024 (Brasil, 2024). Com nova nomenclatura e com pactuação tripartite entre os entes federados, a Rede Alyne complementou e atualizou as diretrizes da Rede Cegonha, objetivando seu aperfeiçoamento nos pontos que necessitavam de maior atenção.

Dentre as principais modificações trazidas pela Rede Alyne, destacam-se a integração entre a maternidade e a Saúde da Família e a ampliação do Complexo Regulatório do SUS, com uma equipe especializada em obstetrícia. Um dos pontos característicos da Rede Alyne é reafirmar a Lei n. 11.634/2007 (Brasil, 2017a), que garante vagas para atendimento, com prioridade para a mulher que precisa de suporte no deslocamento para a maternidade, bem como a reestruturação das equipes especializadas no atendimento materno e infantil.

É possível observar os novos marcadores apresentados na Rede Alyne, nas alterações ocorridas em suas diretrizes, ao acrescentar:

Art. 2º [...]

III - a promoção da equidade, **observando as iniquidades étnico-raciais;**  
[...]

VII - a proteção e a promoção do vínculo da família e bebê, em **especial para pessoas em situação de rua;**

VIII - a adoção de práticas baseadas em evidências na rede de atenção à saúde; e

IX - a garantia de **acompanhante de livre escolha da mulher** nos serviços de saúde. (Brasil, 2024, grifo nosso).

Também referente aos objetivos acresce:

Art. 3º [...]

III- reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, **sobretudo da população negra e indígena** (Brasil, 2024, grifo nosso).

Em razão das altas taxas de mortalidade apresentadas a partir dos anos de 2021, a Rede Alyne apresenta como meta diminuir a mortalidade materna em 25% até 2027 e redução da mortalidade materna de mulheres negras em 50%, neste mesmo período, para atingir o objetivo proposto pela agenda do milênio ODS 2030, que recomenda uma redução para 30 mortes materna a cada 100 mil nascidos vivos (Brasil)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> O nome Rede Alyne foi colocado em homenagem a Alyne da Silva Pimentel Teixeira, vítima de violência obstétrica e primeiro caso de condenação de um país no Comitê CEDAW, por morte materna, conforme discutido no capítulo anterior. Com a condenação em 2011, o Brasil assumiu os compromissos com a CEDAW de reduzir as mortes maternas evitáveis

<sup>29</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal->

Também enfatiza a necessidade do trabalho de forma integrada ao Planejamento Regional Integrado, considerando as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade dos diferentes territórios (Brasil, 2024, art. 5º). A Rede Alyne incorporou mais dois componentes organizacional, portanto, além do pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico, também conta com o sistema de apoio e o sistema de governança (Brasil, 2024, art. 6º).

O pré-natal, além da Unidade Básica de Saúde (UBS), também está constituído por Ambulatório Especializado e Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR). Foram incorporados outros exames ao pré-natal, estratifica o de risco da gesta o, a realiza o de sete consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, vincula o entre a gestante e a maternidade em que ocorrerá o parto e no atendimento a eventuais intercorrências na gesta o, cuidado   saúde bucal da gestante, atualiza o do calendário vacinal. Também foi incorporado a este componente políticas educativas com o estímulo a participa o de acompanhante gestacional no pré-natal, oferta de grupos de gestantes para prepara o para o parto, puerpério, amamenta o e cuidados com a criança, dentre outras. Acrescentados, ainda, os parágrafos 2º e 3º, que garantem o acesso aos serviços da rede às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, bem como o atendimento as gestantes em situa o de rua (Brasil, 2024, art. 7º).

O componente parto e nascimento apresentou e esclareceu os cinco pontos de aten o, sendo eles: Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) e Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp); a maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos; a maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilita o em gesta o de alto risco; a unidades de cuidado neonatal; e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), que se apresenta como uma residência provisória de cuidados para gestantes, puérperas e neonatos em situa o de vulnerabilidade ou risco (Brasil, 2024, art. 7ºA).

Quanto ao componente puerpério e aten o integral   saúde da criança, a portaria apresentou os seguintes pontos de aten o: a Unidade Básica de Saúde (UBS) para aten o   saúde da puérpera, do recém-nascido e da criança na APS; o

Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança (A-SEG), responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco; e o Banco de Leite Humano (BLH), local de referência em amamentação, reunindo coleta, processamento e distribuição de leite materno para bebês prematuros e de baixo peso (Brasil, 2024, art. 7ºB).

Entre as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de atenção primária, reafirma a orientação e a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, bem como o acompanhamento da puérpera e da criança até dois anos de idade e busca ativa e acompanhamento da mulher e da criança (Brasil, 2024, art. 7ºB).

O sistema logístico compreendido através da regulação e o transporte inter-hospitalar, para o fortalecimento e integrando os diferentes pontos de atenção da rede, foi também bem delineado na portaria, para coibir as peregrinações de gestantes entre as maternidades, como o ocorrido com Alyne Pimentel. Assim determinando:

III- utilizar a regra "Vaga Sempre" de modo que toda gestante, em qualquer idade gestacional, toda puérpera com critério de admissão hospitalar e todo recém-nascido grave ou potencialmente grave, tenha sua vaga de internação garantida, considerando a vinculação aos pontos de atenção e a garantia de transferência segura na impossibilidade de internação na unidade em que foi vinculada; (Brasil, 2024, art. 7ºC).

Ainda, sobre o sistema logístico, houve a definição de ações estratégicas com a estruturação de equipes especializadas em atendimento materno e infantil em período integral, para regular os serviços de saúde, que deverá priorizar os atendimentos de acordo com a complexidade do atendimento, e ainda, a garantia de equipe qualificada para gestante, puérpera e recém-nascido durante o traslado inter-hospitalar (Brasil, 2024, art. 7º C, §2º).

Já o sistema de apoio consiste no a apoio a diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica e o sistema de informação à saúde, para monitorar e avaliar a Rede Alyne, através dos indicadores de saúde (Brasil, 2024, art. 7ºD). Por fim, o sistema de governança objetiva monitorar, avaliar e direcionar a gestão compartilhada da rede, fomento a qualificação do cuidado no ciclo gravídico – puerperal e da criança, incentivando a construção do modelo de cuidado humanizado, apoiando os Estados, Municípios e Distrito Federal na implementação da rede e acompanhando e avaliando a implementação, considerando a necessidade, a demanda e a oferta de serviços de saúde (Brasil, 2024, art. 7ºE).

Em entrevista, disponível no Youtube<sup>30</sup>, a Diretora do Departamento de

---

<sup>30</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal->

Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, Aline Costa falou sobre as razões para a ampliação e atualização da Rede Cegonha, afirmando que no Brasil ainda incidem as desigualdades raciais e sociais, o racismo institucional, o subfinanciamento da rede, dificuldade de acesso e de qualidade na Atenção Básica para o cuidado integral, além de baixa vinculação entre os serviços e fragilidade no monitoramento.

Segundo Aline Costa, há necessidade de enfrentamento da iniquidade racial. De acordo com os levantamentos apresentados pela entrevistada, no ano de 2022 a mortalidade materna ente a população branca esteve 50 para cada 100 mil nascidos vivos, já entre a população preta estes índices subiram para 110 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Além disso, há uma preocupação com a população indígena, pela observação de um aumento significativo de mortes de mulheres, atingindo, em 2022, 78 para cada 100 mil nascidos vivos.

Para tanto, de acordo com a entrevistada, a proposta da Rede Alyne está na distribuição mais equitativa de recursos para redução das desigualdades regionais e raciais, ampliação da infraestrutura nos locais mais precários e com maiores deficiências de assistência. Ela argumentou sobre necessidade de estudos nas macrorregiões para implementação das infraestruturas nas áreas mais vulneráveis, atendendo os critérios iniciais: maiores índices de mortalidade materna, vulnerabilidade socioeconômica, proporcionalidade regional, considerados vazios existenciais, e o número de nascidos vivos de crianças pretas, pardas e indígenas.

Assim, a Rede Alyne trabalha através da perspectiva interseccional, buscando alternativas que visem melhorar a assistência materno-infantil, reconhecendo que opressões de gênero, de raça/etnia, desigualdade social, sexualidade, faixa etária, entre outras, estão engendradas na violência obstétrica. A Rede Alyne é a mais recente política pública de um contínuo trabalho, iniciado com a PNAISM em 2004, que traçou os compromissos do Estado brasileiro com as ações da saúde das mulheres, com enfoque no gênero e na integralidade e na humanização no atendimento. Atendendo aos compromissos firmados internacionalmente, bem como as estratégias firmadas pelo Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, as políticas públicas foram se delineando tendo como parâmetro os altos índices de mortalidade materna que ainda, passados vinte anos, dão causa para seu enfrentamento.

Observando as inúmeras portarias e leis promulgadas nestes últimas duas décadas, fica evidente que a violência obstétrica interliga todas as ações que resultam em mortes maternas evitáveis. Além disso, para reduzir as altas taxas de mortalidade, o Estado brasileiro teve que incorporar a dimensão da justiça reprodutiva. Os dados levantados evidenciaram como a mortalidade materna encontra as mulheres de forma distinta de acordo com a raça, sexualidade, faixa etária, região ou condição socioeconômica. Realizar políticas públicas mais assertivas que interseccionem estes marcadores é o desafio que marca a Rede Alyne.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é um problema de saúde pública, mas não só. O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar quais políticas públicas foram implementadas pelo Estado brasileiro para coibir a violência, a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher -PNAISM de 2004. A escolha desta política como marco temporal ocorreu em razão de um novo olhar sobre a saúde da mulher mais integral, focado no gênero, e nos atravessamentos que atingem os corpos de maneiras diferentes.

Além do marco temporal, o marco teórico foi determinante para definir os caminhos a serem traçados para o processo da pesquisa. Analisar a violência obstétrica sob o prisma da teoria crítica aos direitos humanos, do feminismo decolonial, da interseccionalidade como categoria analítica e da justiça reprodutiva permitiram uma pesquisa aprofundada, crítica acerca dos meandros que engendram a violência obstétrica.

Assim, o primeiro capítulo trouxe o estudo da teoria crítica aos direitos humanos, analisando quais corpos eram validados como humanos e aqueles que estavam às margens dos direitos. Os direitos humanos das mulheres foram conquistados com muitas lutas e reivindicações dos movimentos feministas. Mas, da mesma forma, se analisou para quais corpos estes direitos estavam endereçados e quais corpos eram respeitados como feminino. Neste contexto, o feminismo contra-hegemônico vai insurgindo contra ideais, ainda que feministas, mas vinculado à uma visão eurocentrista. Nesta esteira, o feminismo decolonial traz a concepção da crítica a modernidade/colonialidade e a crítica ao feminismo hegemônico, entendendo que o colonialismo se fez possível se estruturando no poder e dominação dos povos pela intersecção das categorias de gênero, raça e sexualidade.

A colonialidade fixou gênero, raça e sexualidade como categorias binárias e normativas que ainda se fazem presente no tecido social, oportunamente invisibilizadas e naturalizadas por construtos sociais. Ao entender estas categorias como forjadas em um sistema de poder e subjugação do outro, é plausível perceber a violência obstétrica como uma violência de gênero, marcada pela relação assimétrica e verticalizada entre o poder/saber e um corpo que gesta. Quando este corpo traz atravessamentos como raça, classe social, sexualidade, deficiências, entre tantas outras 'outridades', a experiência vivenciada por aquele corpo pode ser ainda

mais violenta. Ao pensar em direitos reprodutivos das mulheres, portanto, é essencial pensar nos direitos reprodutivos e na saúde reprodutiva pela análise interseccional, pois estes direitos não chegam às mulheres de forma igual, em virtude de as vivências serem diferentes. Desta forma, a justiça reprodutiva vem propor esta percepção global de direitos reprodutivos e saúde reprodutiva que entende que estes direitos só estão garantidos quando garantidas a qualidade de vida de toda a coletividade.

O segundo capítulo, mesmo que de forma mais normativa, contextualizou o processo de formação dos direitos humanos das mulheres, no âmbito internacional, e a importância dos movimentos feministas para a consolidação das convenções e tratados. Aqui, chamando à atenção para CEDAW, um dos primeiros documentos internacionais a trazer a discussão sobre as violações de direitos humanos das mulheres e fomentando a igualdade. Além disso, as recomendações enviadas pela CEDAW aos Estados-partes e a possibilidade de denúncias pela sociedade civil como a instauração de processo investigativo, fortalecem a Convenção. Além da CEDAW, também importante sublinhar a Conferência das Nações Unidas de População e Desenvolvimento do Cairo (1994) e a Conferência Internacional da Mulher de Pequim (1995), que consolidaram os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos, trouxeram o conceito de gênero e o enfoque da transversalidade. Já no âmbito regional, foram contextualizados o Pacto San José da Costa Rica e a Convenção de Belém do Pará, esta última destacando a necessidade do enfrentamento da violência de gênero tão presente nas sociedades. Ainda sobre a CEDAW, é importante citar o caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira versus Brasil*, primeiro país condenado em razão de morte materna evitável. As recomendações da CEDAW foram importantes para a implementação de políticas públicas no país.

Dialogando com segundo capítulo, o último capítulo se propôs a construir uma linha temporal desde a PNAISM, analisando as políticas públicas implementadas pelo Estado brasileiro. Neste capítulo, buscou-se uma leitura dos dados sobre a violência obstétrica concomitante com a apresentação de políticas públicas. Conforme já exposto acima, a PNAISM trouxe uma nova perspectiva sobre o cuidado à saúde das mulheres. Trouxe uma preocupação com a alta taxa de mortalidade materna e neonatal, que culminou com a formulação, em 2004, do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Por meio do acordo tripartite firmado com Estados e Municípios, o Pacto estabeleceu ações para o enfrentamento da mortalidade materna e neonatal que se abriram para a implementação das políticas

públicas seguintes. No estudo realizado, observou-se que foi com a Rede Cegonha, em 2011, que houve um novo modo de pensar a assistência obstétrica no país. Igualmente, realizada de maneira tripartite, a Rede Cegonha inseriu boas práticas no parto e nascimento, diminuindo as práticas iatrogênicas, articulando-se através de novas portarias implementadas, em conformidade com as necessidades que se apresentavam durante sua execução. Os dados apresentados na dissertação, de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil/Fiocruz sobre a Rede Cegonha, sublinharam como a assistência prestada pela Rede foi determinante para diminuição da violência obstétrica.

Do que foi exposto até agora, observou-se que o Brasil vem avançando na implementação de políticas públicas no que se refere à assistência obstétrica, apresentando redução de práticas invasivas e aumento das boas práticas médicas. No entanto, é notório que as políticas públicas estiveram voltadas para redução da mortalidade materna e não para coibir a violência obstétrica em sua totalidade, muito em razão dos compromissos firmados pelas organizações internacionais, principalmente, das recomendações apresentadas na sentença do caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira.

É possível argumentar que as políticas públicas implementadas permearam de forma implícita a diminuição da violência, embutidas na assistência desde o nascimento até o momento do parto, que poderiam resultar na mortalidade materna. Portanto, as ações executadas pela Rede Cegonha, iniciadas com a qualificação do pré-natal, englobando o número de consultas essenciais, exames de laboratórios, qualificação de gestação de alto risco; no parto e nascimento com aumento do índice de procedimentos pautados pela medicina baseada em evidência, a presença dos acompanhantes na cena do parto, a lei que impede a peregrinação da gestante foram de suma importância para arrefecimento da violência obstétrica e por consequência impactaram na redução da mortalidade materna.

Mas a violência obstétrica não é só isso e não pode se refletir apenas nos dados de redução da mortalidade materna, ainda que esta permaneça alta. Ela está presente na falta de acolhimento, na violência verbal, psicológica, nos toques invasivos e procedimentos desnecessários, como cesáreas para entregar um plantão 'limpo' de gestantes, ou mesmo corpos cobaias para estudantes residentes. Mesmo que estas mulheres saiam com seus recém-nascidos no colo, mesmo que não tenham consciência da violência das quais foram vítimas, porque naturalizaram o sofrimento

como a redenção por estarem com os seus filhos saudáveis, mesmo assim foram violadas em sua integridade e dignidade.

E aqui se pontua a linha tênue e subjetiva que se deparam as mulheres neste momento, para onde o pêndulo pesa nesta relação verticalizada, entre a instituição hospitalar, seus laudos médicos ou a fala de uma mulher? A resposta do Poder Judiciário ainda é incipiente frente a questões relativas à violência obstétrica. São ações que ingressam ao judiciário, em sua maioria, como de erros médicos e reparação civil. As sentenças, em grande parcela, respaldam-se mais no laudo médico apresentado, pois anexada como prova documental, do que nos fatos narrados pelas vítimas. Contudo, no ano de 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através da Resolução n. 492 de 20 de março de 2023 (Brasil, 2023b), tornou obrigatórias as diretrizes do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero pelo Poder Judiciário, e para ampliar o acesso à justiça por mulheres e meninas, o que permite que as decisões dos tribunais estejam mais afinadas com esta nova percepção, sem dúvida um tensionamento oportuno para decisões referente aos inúmeros casos em que mulheres são vítimas de violência.

Em que pese os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, o Poder Legislativo ainda se mostra inerte nesta temática. Sem tirar os méritos da lei 11.108/2005 e da lei de n. 11.634/2007, existem lacunas a serem fechadas, há violência sendo praticada e mulheres sem respaldo legal, para exercerem seus direitos.

É necessário que a violência obstétrica seja conceituada e reconhecida como uma violência praticada contra as mulheres durante a gestação, parto, puerpério e abortamento. Ao ter seus contornos definidos, lança luz sobre o termo violência obstétrica, a ideia se corporifica em um conceito traduzido e, assim, ao aportarem no Poder Judiciário, as mulheres e seus familiares podem estar melhor amparados, por uma legislação definidora, atrelada à pauta. É preciso entender que a violência obstétrica não é um caso isolado, de uma mulher que ingressa no Poder Judiciário solicitando uma reparação civil, e muitas vezes, apontado como um corpo problema.

A violência obstétrica precisa ser vista além disso. Como uma violência que atinge as mulheres de forma coletiva, tendo em vista a discriminação de gênero. É uma violência que fere os direitos à saúde das mulheres, e os direitos reprodutivos e sua autonomia. Para além, quando estas mulheres deixam de ser vista como sujeitas de direitos, vira-se as costas para cidadania.

Retornando ao Poder Executivo que, de maneira mais potente, vem trabalhando com as políticas públicas para o enfrentamento da mortalidade materna e neonatal, uma preocupação que se apresenta é quanto à descontinuidade das políticas, como ocorreu quando houve a substituição da Rede Cegonha pela RAMI, marcada por rupturas com as diretrizes que demarcavam o seu projeto.

Como já destacado em outras oportunidades, o Brasil ao assinar os tratados e convenções internacionais, assume o compromisso de direcionar suas políticas públicas em paralelo com diretrizes de tais documentos. No mais, o Brasil foi condenado pela CEDAW no caso Alyne Pimentel, cujas recomendações pesaram nas políticas formuladas. Portanto, as políticas públicas elaboradas pelo Brasil devem estar estruturadas em idealização de Política de Estado, dialogando não só com as recomendações dos documentos internacionais, como também com os princípios e fundamentos da Constituição Federal, e do próprio SUS, articulador das redes. No período descrito, ao substituir a Rede Cegonha, o governo brasileiro, relativizou esta política como política de governo, desconsiderando compromissos assumidos com as organizações internacionais, com as diretrizes da PNAISM e do SUS. Uma pauta tão sensível como esta não pode estar à mercê de políticas públicas frágeis e/ou da vontade ou não de políticos.

A RAMI foi revogada no início do ano de 2023, na mudança presidencial de governo, com a reprivatização da Rede Cegonha, atualizada, em 2024, agora denominada Rede Alyne, trazendo projetos e metas nas áreas em pontos nevrálgicos que ainda persistem, sendo a mortalidade materna alvo de atenção ainda maior. E aqui, é necessário enfatizar outro ponto observado na pesquisa, o racismo institucional explicitado nos dados, principalmente referente a mortalidade materna, cuja taxa de mortes de mulheres negras chega a ser dobro dos números de mortes de mulheres brancas. A Rede Alyne sublinhou a necessidade do olhar multifocal quando propôs como meta a redução de forma diferenciada entre mulheres negras e brancas, em conformidade com a taxa de mortalidade de cada grupo.

Entender o porquê as mulheres negras estão em número maior em situação de precariedade, em maior número como usuárias do SUS e que têm maiores chances de terem seus corpos violentados perpassa entender o 'sistema moderno-colonial de gênero', proposto por Lugones, e como estas estruturas ainda permanecem produzindo opressão e violência. Vale ainda lembrar de Lélia Gonzalez (2020, p. 85) quando expõe: "[...] respondendo à pergunta que a gente fez mais atrás,

parece que a gente *não chegou* a esse estado de coisas. O que parece é que a gente nunca saiu dele”. Portanto utilizar a justiça reprodutiva como categoria de análise é imprescindível para a formulação de qualquer política pública de assistência obstétrica. A garantia dos direitos reprodutivos depende da análise diferenciada das condições e experiências vivenciadas pela coletividade. O direito a autonomia, tão debatido na condução dos partos humanizados, depende de um conjunto de direitos sociais que devem ser garantidos a essas mulheres. Uma análise multifatorial em que as mulheres se sintam respeitadas e em pleno exercício da cidadania, razão fim do Estado Democrático de Direito.

Reafirmando, conforme dito no início, a violência obstétrica não é apenas um problema de saúde pública, mas também um problema de justiça social.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2021.v26n3/>. Acesso em: 14 nov. 2024.
- ANDRADE, Mariana Dionísio de, PINTO, Eduardo Régis Girão de Castro, & BARROSO, Ana Beatriz Mendonça. (2020). Eficácia das recomendações da CEDAW e as políticas públicas de proteção à maternidade e saúde da mulher no Brasil. **Revista Eletrônica Do Curso De Direito Da UFSM**, 15(1), e38047. <https://doi.org/10.5902/1981369438047>. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/38047/pdf>. Acesso em 25 out. 2024.
- ASSIS, Mariana Prandini & N. ERDMAN, Joanna. Igualdade de Gênero nos Cuidados de Saúde: Reimaginando a Recomendação Geral 24 da CEDAW. **Revista Direito E Práxis**, 14(4), 2770–3804, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/79166>. Acesso em 14 out. 2024.
- ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva, in: HOLLANDA, Heloisa Buarque (org.). **Pensamento feminista brasileiro- formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. 2019.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação, in: HOLLANDA, Heloisa Buarque (org.). **Pensamento feminista brasileiro- formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline- organizadoras. **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades- limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica**. Trad. Maria Helena Kuhner. 21ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2023.
- BRAGATO, Fernanda Frizzo. **Pessoa humana e direitos humanos na constituição brasileira de 1988 a partir da perspectiva pós-colonial**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Escola de Direito. Tese. Programa de Pós graduação em Direito. UNISINOS: São Leopoldo, 2009. Disponível: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/2494>; Acesso em: 17 jun. 2024.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 01

set. 2023.

BRASIL. **Lei 7.856 de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7853.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm). Acesso em 30 out. 2024.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. **Lei de n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em 28 out. 2024.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 29 fev. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 678 de 06 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D0678.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm). Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 1973, de 01 de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. 1996a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm). Acesso em 08 out. 2024.

BRASIL. **Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1996b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm) Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. **Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm). Acesso em 28 out. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 3.321 de 30 de dezembro de 1999**. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "Protocolo de São Salvador", concluído em 17 de

novembro de 1988, em São Salvador, El Salvador. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3321.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3321.htm). Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 569 de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.2000a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. **Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.2000b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm). Acesso em 28 out. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. 2002a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4377.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm). Acesso em 07 out. 2024.

BRASIL. **Decreto de n. 4.316, de 30 de julho de 2002-** Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. 2002b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4316.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4316.htm). Acesso em 07 out. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 4.463 de 08 de dezembro de 2002**. Promulga a Declaração de Reconhecimento da Competência Obrigatória da Corte Interamericana de Direitos Humanos, sob reserva de reciprocidade, em consonância com o art. 62 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José), de 22 de novembro de 1969. 2002c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4463.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4463.htm). Acesso em 08 out.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Participação do Brasil na 29ª Sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher - CEDAW**. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/integra-publ-29-cedaw.pdf> . Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2004/marco/2-a-pacto-reducao->

[mortalidade.pdf](#). Acesso em 31 out. 2024.

BRASIL. **Lei n 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1067 de 04 de julho 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2005b. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.187 de 13 de julho de 2005**. Suspende por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. 2005c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187\\_13\\_07\\_2005\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005_comp.html). Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.442 de 09 de dezembro de 2005**. 2005. D. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2442\\_09\\_12\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2442_09_12_2005.html). Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**: Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2007a Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm). Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. **Lei 11.633 de 27 de dezembro de 2007**. Altera a Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. 2007b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11633.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11633.htm). Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**: Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html). Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009**: Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm). Acesso em: 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**- Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Acesso em 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1459 de 24 de junho de 2011**. 2011a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).

Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 650 de 05 de outubro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)

Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.351 de 05 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. 2011c. Disponível

em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html)

Acesso em 29 fev. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde. 2011d. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 18 nov. 2024.

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

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html).

Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. 2013 a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html).

Acesso em 14 nov. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. **Área Técnica de Saúde da Mulher**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez\\_parto\\_nascimento\\_saude\\_qualidade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf). Acesso em 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-

nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html). Acesso em 14 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. 2016a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art19](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art19). Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.2016b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html). Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendação n. 179**.2016c. Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio\\_diretrizes-cesariana\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf). Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017**. 2017a. Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2017/res0428\\_08\\_11\\_2017.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2017/res0428_08_11_2017.html). Acesso em: 3 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353\\_14\\_02\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html). Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 03, de 28 de setembro de 2017**: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html). Acesso em: 16 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde- CNS, **Recomendação n. 024**, de 16 de maio de 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). 2022 a. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/PORTARIA-795- RAMI.pdf>; Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.228 de 01 de julho de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de

Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).2022b. Disponível em: <file:///C:/Users/sabri/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/rami%202228.pdf>. Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. **Relatório análise de impacto regulatório**. 2022c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc\\_tec/04.04.2022%20\\_%20PRT%20GM%20715.2022.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/04.04.2022%20_%20PRT%20GM%20715.2022.pdf). Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 13 de 13 de janeiro de 2023**. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências.2023a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013\\_16\\_01\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html). Acesso em 15 nov. 2024.

BRASIL- Conselho Nacional de Justiça-CNJ. **Resolução n. 492 de 20 de março de 2023**. 2023b. Estabelece, para adoção de Perspectiva de Gênero nos julgamentos em todo o Poder Judiciário,[...]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4986>. Acesso em 29 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 5.350 de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350\\_13\\_09\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html). Acesso em 16 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **28/5- Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/28-5-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-3/#:~:text=Quantifica%C3%A7%C3%A3o%20preliminar%20da%20Raz%C3%A3o%20de,mortes/100%20mil%20at%C3%A9%202030..> Acesso em 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne- Governo Federal lança nova estratégia para reduzir mortalidade materna em 25% até 2027**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/> Acesso em 22 nov. 2024.

CARVALHO, Silas Santos, OLIVEIRA, Bruno Rodrigues de, MACÊDO, Leaine Almeida. Percepção de puérperas sobre a Lei do Acompanhante. **RBPS** [Internet]. 27º de abril de 2021;22(3):46-54. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28108>. Acesso em 02 nov. 2024.

CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica. CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de

(org.). **Violência obstétrica em debate**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen juris, 2019.

CATOIA, Cinthia de Cassia e SEVERI, Fabiana Cristina e FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: [ReP USP - Detalhe do registro: Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades](#). Acesso em: 14 out. 2024.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva, *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [ 4 ]: 1297-1316, 2013. Disponível em: [scielo.br/j/physis/a/cmcY4csz9hjDC48scBWCsVL/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/physis/a/cmcY4csz9hjDC48scBWCsVL/?format=pdf&lang=pt). Acesso em 20 nov. 2024.

CIELLO, Cariny *et al.* **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 12 set. 2023.

COELHO, Monizze Lotfi. **Direitos humanos da paciente gestante: necessidade de normatização internacional específica?** Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito, 2023. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/7993>. Acesso em 21 jan. 2024.

COLLINS, Patrícia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Trad. Rane Souza. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONASS- Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **Nota Conjunta CONASS/CONASEMS: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em 16 nov. 2024.

COOK, Rebecca. Direitos Humanos e mortalidade materna: explorando a eficácia da decisão do Caso Alyne. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 1, 2013, p. 103-123. Disponível em: [Pub-AlynePortuguese.pdf \(utoronto.ca\)](#). Acesso em 14 out. 2024.

COSTA, Ana Maria; BONAN, Claudia; RODRIGUES, Andreza Pereira. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 40 anos de uma história: entrevista com Ana Maria Costa. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. v. 31, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100029>>. Acesso em: 24 out. 2024.

CURIEL, Ochy. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. in: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento feminista hoje- perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

DIAS, Maria Odília da Silva. Novas Subjetividades na pesquisa histórica feminista: uma hermenêutica da diferença. *in*: HOLLANDA, Heloísa Buarque (org.). **Pensamento feminista brasileiro**- formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e saúde coletiva** 10 (3) • Set 2005 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 nov. 2024.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano** [online], v. 19, n. 2, p. 313-326. São Paulo, 2009. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012). Acesso em: 22 nov. 2024.

DINIZ, Simone Grilo, *et al* . Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384 ,2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci> Acesso em 11 set. 2023.

ENSP-FIOCRUZ. Nascer no Brasil. **Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha**. 2021. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha\\_Sumario.pdf](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf). Acesso em 22 nov. 2024.

ENSP-FIOCRUZ. Nascer no Brasil- Grupo de Pesquisa saúde da mulher, da criança e do adolescente. **A peregrinação para admissão**. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em 20 nov.2024.

ERGAS, Yasmine. O sujeito mulher. O feminismo dos anos 1960-1980. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. **História das mulheres no Ocidente**. Edição: Edições Afrontamento, 1995. p. 583-611.

ESPINOSA-MIÑOSO, Yuderkys. **Uma crítica descolonial a la epistemologia feminista crítica**. El Cotidiano. Ciudad de México, n. 184, mar./abr., 2014.

FATTORELLI, Maíra. Mortalidade materna: precariedade e invisibilidade. In.: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org). **Violência obstétrica em debate**- diálogos disciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

FEDERICI, Sílvia. **Além da pele**: repensar, refazer e reivindicar o corpo no capitalismo contemporâneo. Trad.: Jamile Pinheiros Dias. São Paulo: Elefante, 2023.

FIOCRUZ- Escola Nacional de Saúde Pública. **Saúde da mulher, da criança e do adolescente** – determinantes sociais, epidemiologia e avaliações políticas, programas e serviços. Nascer no Brasil. Disponível em:

<https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em 03 nov. 2024.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). **Pós-modernismo e política**. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p. 217-250.

FNS- Fundo Nacional de Saúde- FNS. Programa Saiba a fundo. **Rede Alyne - Por uma Gravidez Segura e Redução da Mortalidade Materna**. Disponível em: [https://www.youtube.com/live/\\_upqhJnPrzo?si=zOxO99c4StSb60sa](https://www.youtube.com/live/_upqhJnPrzo?si=zOxO99c4StSb60sa). Acesso em 16 nov. 2024.

FREITAS, Giselle Lima *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem-UFG**, v. 11 n. 2, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053/23082>. Acesso em: 01 nov. 2024.

GÁNDARA CARBALLIDO, Manuel E. Repensando los derechos humanos desde las luchas. **RCJ- Revistas Culturas Jurídicas**, v. 1, n. 2, 2014.

GOES, Emanuelle F. Um giro epistemológico, contribuição da teoria interseccional nos estudos sobre Direitos Reprodutivos. **Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e de resistência**, 2021. Disponível em: [https://www.academia.edu/68164743/Um\\_giro\\_epistemol%C3%B3gico\\_contribui%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_teor%C3%ADa\\_interseccional\\_nos\\_estudos\\_sobre\\_Direitos\\_Reprodutivos](https://www.academia.edu/68164743/Um_giro_epistemol%C3%B3gico_contribui%C3%A7%C3%A3o_da_teor%C3%ADa_interseccional_nos_estudos_sobre_Direitos_Reprodutivos). Acesso em 13 ago. 2024.

GOMES, Luiz Flávio e PIOVESAN, Flávia. **O sistema interamericano de proteção dos direitos humanos e o direito brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro- latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Org. Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar. 2020.

GUERRA, Roberta Freitas e MELO, Isadora de. Violência obstétrica como violação de direitos humanos: a jurisprudência da corte interamericana de direitos humanos na formação do ius constitutionale commune latino-americano, *in*: **VII Encontro Virtual do CONPEDI- Direito internacional dos direitos humanos II**. Florianópolis: 2024. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/v38r977z/873941am/cVAR5e73jNLO9n7U.pdf>. Acesso em 26 out. 2024.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cad. Pagu**, n. 5, p. 7-41, 1 jan. 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>.

HERRERA FLORES, Joaquín. **A reinvenção dos direitos humanos**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos: uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. Violência obstétrica e sua configuração no Brasil, *in* : **Direitos Humanos no Brasil 2013**. Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos Org: Daniela Stefano e Maria Luisa Mendonça, São Paulo: 2013. Disponível em: Acesso em [https://www.social.org.br/relatorio\\_RH\\_2013.pdf](https://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf). Acesso em: 15 out 2023.

LEAL, Maria do Carmo, *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** (Impresso), v. 15, p. 91-104, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/9zxrBm8GHHz9pJWr59GZTJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28 out. 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/#> . Acesso em 13 set 2023.

LEAL, Maria do Carmo; *et al.* **Avanços na assistência ao parto no Brasil:** resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Volume: 35; Issue: 7. 2019. Disponível: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez318.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscador.html?task=detalhes&source=&id=W2963675124>. Acesso em: 09 nov. 2024.

LEAL, Maria do Carmo, *et al.* **Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da rede cegonha Sumário Executivo-** Construindo dignidade e autonomia no parir e nascer no SUS. FIOCRUZ- Nascer no Brasil. 2021. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha\\_Sumario.pdf](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf). Acesso em 14 nov. 2024.

LEAL, Maria do Carmo, *et al.* **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023** -Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. Rio de Janeiro. 2023. <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em 22 mar 2024.

LEAL, Mônica Clarissa Hennig; VARGAS, Eliziane Fardin de. *Ius constitutionale commune* na América Latina: a Corte Interamericana de Direitos Humanos como instrumento de fixação de standards protetivos aos direitos dos grupos vulneráveis e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 11, n. 2. 2021. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/7783/pdf>. Acesso em 28 out. 2024.

LOPES, Fernanda. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. **Organicom**, São Paulo, Brasil, v. 19, n. 40, p. 216–227, 2023. DOI: 10.11606/issn.2238-2593.organicom.2022.205773. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/205773>.. Acesso em: 20 ago.

2024.

LUGONES, María. **Colonialidad y género**. Tabula Rasa, Bogotá, n. 9, p. 73-101, jul./dez. 2008.

LUGONES, María. Colonialidade e Gênero, in: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento feminista hoje**- perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

MACHADO, M. S.; ANDRADE, D. . A. de. Políticas públicas e ações afirmativas: um caminho (ainda) possível na busca pela igualdade e justiça de gênero no Brasil?. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJLL]**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 351–376, 2022. DOI:10.18593/ejll.27309 .Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article> . Acesso em: 27 ago. 2023.

MAGALHÃES, Roberta Cordeiro de Melo. **Violência obstétrica no contexto da violência feminina**. Tese (Doutorado em Direito) - Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020, Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15075> Acesso em: 04 out 2023.

MANO, Maira Kubik Taveira e ALMEIDA, Eliane Vieira Lacerda. Justiça Reprodutiva: entre o público e o privado. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito** | e-ISSN: 2525-9849| Encontro Virtual | v. 9| n. 1 | p. 74–94| Jan/Jul.2023. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/9703/pdf> Acesso em 20 ago 2024.

MARTINS, Richarlls. Do Cairo a Nairóbi: 25 anos da agenda de população e desenvolvimento no Brasil. **Revista Brasileira De Estudos De População**, 36, 1–9. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/1501>. Acesso em 25 out. 2024.

MATTAR, Laura Davis DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XqxCrSPzLQSyTjJsFQMdwjb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 25 nov. 2024.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MORTELARO, Priscila Kiselar, *et al.* Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**; Volume: 48; 2024. Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez318.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscador.html?task=detalhes&source=&id=W4394570827>. Acesso em: 15 nov. 2024.

NUNES, Ana Beatriz Cruz. **Análise jurisprudencial sobre violência obstétrica no Tribunal de Justiça de São Paulo no período de 2016 a 2019**. Dissertação de

mestrado – Universidade Estadual Paulista- Unesp. Franca: 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/8ff0063a-3fdc-41c8-ae4e-5c6ede6d1cc0/content>. Acesso em 25 out. 2024.

OEA- Organização dos Estados Americanos. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**, de 22 nov. 1969. Disponível em: <https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/b-32.htm>. Acesso em 26 out. 2024.

OEA- Organização dos Estados Americanos. **Protocolo adicional à convenção americana sobre direitos humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, “protocolo de San Salvador”**, de 17 novembro de 1988. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/sansalvador.pdf>. Acesso em 26 out. 2024.

OEA. Organização dos Estados Americanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Convenção de Belém do Pará. 9 jun. 1994. Disponível em: <https://cidh.oas.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm> Acesso em 26 out. 2024.

OEA. Organização dos Estados Americanos. **Corte interamericana de derechos humanos caso Brítez Arce y otros vs. Argentina sentencia de 16 de noviembre de 2022**. Disponível em: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_474\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf). Acesso em: 13 out. 2024.

OEA- Organização dos Estados Americanos. Corte interamericana de direitos humanos caso Brítez Arce e outros vs. Argentina: sentença de 16 de novembro de 2022 (Mérito, Reparações e Custos). Trad.: SANTOS, Andreza Santana e ALVES, Christiane Andrade Alves. **Revista Direito e Feminismos**. Disponível em: [file:///C:/Users/sabri/Downloads/9-Texto%20do%20Artigo-177-205-10-20231227%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/sabri/Downloads/9-Texto%20do%20Artigo-177-205-10-20231227%20(3).pdf). Acesso em 13 out. 2024.

OEA- Organização dos Estados Americanos. **Opinião Consultiva n 29/22-** de 30 de maio de 2022. Corte Interamericana de Derechos Humanos\* Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022. Disponível em: [https://corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea\\_29\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_29_esp.pdf). Acesso em 13 out. 2024.

OEA- Organização dos Estados Americanos.. **Corte IDH. Caso María y otros Vs. Argentina**. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de agosto de 2023. Serie C No. 494.2023a. Disponível em: <https://jurisprudencia.corteidh.or.cr/es/vid/946881164>. Acesso e. 26 out. 2024.

OEA- Organização dos Estados Americanos. **Corte IDH. Caso Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela**. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2023. Serie C No. 504. 2023b. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp\\_84\\_2023.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_84_2023.pdf). Acesso em 26 out. 2024.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>. Acesso em 26 nov. 2024.

OMS- Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre as taxas de cesáreas**. 2015 Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf). Acesso em: 23 nov. 2024.

ONU-Organização Das Nações Unidas. **Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena**, 1993. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_viena.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf). Acesso em 24 nov. 2024.

ONU- Organização Das Nações Unidas. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher- Pequim**, 1995. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf). Acesso em: 02 set. 2023.

ONU - Organização Das Nações Unidas. **CEDAW RG 24** Recomendação Geral nº 24: artigo12.º- as mulheres e a saúde. Vigésima sessão, 1999. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW\\_RG\\_24.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW_RG_24.pdf). Acesso em 14 out. 2024.

ONU- Organização das Nações Unidas. **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women- Committee on the Elimination of Discrimination against Women-Communication No. 17/2008**. 27 Setembro 2011. Disponível em: [https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/CEDAW\\_Communication\\_17\\_2008\\_Alyne%20v.%20Brazil.pdf](https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/CEDAW_Communication_17_2008_Alyne%20v.%20Brazil.pdf). Acesso em 14 out. 2024.

ONU- Organização das Nações Unidas. **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer Proyecto de Recomendación general Nº 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**. 16 de diciembre de 2010. Disponível em: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g10/472/63/pdf/g1047263.pdf>. Acesso em 14 out. 2024

ONU- Organização das Nações Unidas - Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres- **Comunicação n. 17/2008**. 27 de setembro de 2011. Tradução livre de Juliana Fontana Moyses. Comitê CEDAW, 2011. Disponível em : [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253529/mod\\_resource/content/1/Julgamento%20CEDAW%20caso%20Alyne%20da%20Silva%20Pimentel%20Teixeira%20-%20EM%20PORTUGU%C3%AAS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253529/mod_resource/content/1/Julgamento%20CEDAW%20caso%20Alyne%20da%20Silva%20Pimentel%20Teixeira%20-%20EM%20PORTUGU%C3%AAS.pdf) : Acesso em: 25 out. 2024.

ONU- Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW/C/BRA/CO/7** 23 de fevereiro de 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/conselho/atas-das-reunioes/recomendacoes-vii-relatorio>

[cedaw-brasil](#). Acesso em 25 out. 2024.

ONU- Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**- - CEDAW/C/BRA/CO/8-9 -- Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2024/junho/TraduonooficialdaversopreliminarnoeditadadasobservaesfinaisdoComitCEDAW.pdf>. Acesso em 22 out. 2024.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 out. 2024.

OYÉRÓNKÉ OYEWÚMÍ- **A invenção das mulheres**-construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. Trad.: Wanderson flor do nascimento. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

PATRIOTA, Tania. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: plataforma do Cairo, 1994. In: FROSSARD, Heloisa (org.). **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 33-137. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5003303/mod\\_resource/content/1/Secretaria%20Especial%20de%20Politica%20para%20as%20Mulheres%20-%20Instrumentos%20internacionais%20de%20direitos%20das%20mulheres.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5003303/mod_resource/content/1/Secretaria%20Especial%20de%20Politica%20para%20as%20Mulheres%20-%20Instrumentos%20internacionais%20de%20direitos%20das%20mulheres.pdf). Acesso em 10 out. 2024.

PIOVESAN, Flávia. A Proteção dos Direitos Humanos, Civis e Políticos das Mulheres no Brasil: marco jurídico Constitucional e Internacional, in BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline- organizadoras. **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo: Max Liomanad, 2000.

PIOVESAN, Flávia. Ius constitutionale commune latino-americano em Direitos Humanos e o Sistema Interamericano: perspectivas e desafios / Latin American Human Rights Ius constitutionale comune and the Inter-American Human Rights System: Perspectives and Challenges. **Revista Direito e Práxis**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 1356–1388, 2017. DOI: 10.12957/dep.2017.28029. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaceaju/article/view/28029>. Acesso em: 27 out. 2024.

PIRES, Thula Rafela de Oliveira. Por uma concepção amefricana de direitos humanos.in: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento feminista hoje**-perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

PITANGUY, Jacqueline e MIRANDA, Dayse. As mulheres e os direitos humanos, in BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline- organizadoras. **O progresso das mulheres no Brasil**. Brasília: UNIFEM, 2006.

PITANGUY, Jacqueline Advocay e direitos humanos, in BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline- organizadoras. **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

PRÁ, Jussara R.; EPPING, Léa. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 33–51, jan. 2012 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100003>. Acesso em 18 jun. 2024.

QUIJANO, Aníbal. **Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**/Aníbal Quijano; selección a cargo de Danilo Assis Clímaco; con prólogo de Danilo Assis Clímaco. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2014.

REDES DA MARÉ. **Saúde sexual e reprodutiva**: o que dizem as mulheres da maré. 2024 Disponível em: [https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/PesquisaSaudeReprodutivaMare\\_2.pdf](https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/PesquisaSaudeReprodutivaMare_2.pdf). Acesso em 24 nov. 2024.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JmpCxGRTV8xgzBVjm9ZBvVP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 30 out. 2024.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTA CATARINA. **Lei de n. 18.322 de 05 de janeiro de 2022**. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Disponível em: [https://leis.alexc.sc.gov.br/html/2022/18322\\_2022\\_lei.html#:~:text=a%20seguinte%20Lei%3A-,Art.,18%20de%20janeiro%20de%202013](https://leis.alexc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html#:~:text=a%20seguinte%20Lei%3A-,Art.,18%20de%20janeiro%20de%202013). Acesso em: 28 nov. 2024.

SANTOS, Claudia e EUGENIO PEREIRA, Alexsandro. Direitos Humanos das mulheres: uma análise sobre as recomendações do Comitê CEDAW/ONU ao Estado brasileiro. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**. 6. 152. 10.30612/rmufgd.v6i11.6914. Dourados: 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/323833636\\_Direitos\\_humanos\\_das\\_mulheres\\_uma\\_analise\\_sobre\\_as\\_recomendacoes\\_do\\_Comite\\_CEDAWONU\\_ao\\_Estado\\_brasileiro](https://www.researchgate.net/publication/323833636_Direitos_humanos_das_mulheres_uma_analise_sobre_as_recomendacoes_do_Comite_CEDAWONU_ao_Estado_brasileiro) Acesso em: 06 out 2024.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque (org.). **Pensamento feminista brasileiro**- conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo. 2019.

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. **E-Cadernos CES**, v. 18, 2012. Disponível em: <http://eces.revues.org/1533>. Acesso em 24 nov. 2024.

SEGATO, Rita. **Cenas de um pensamento incômodo**: gênero, cárcere e cultura em uma visada decolonial. Trad. Ayelén Medail *et al.* Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2022.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIÃO, Karla Galvão. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**; Volume: 43, 2019. Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez318.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?task=detalhes&source=&id=W3047884978>. Acesso em 29 out. 2024.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral À Saúde da Mulher:: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161–182, 2009. DOI: 10.26512/ser\_social.v10i22.12950. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12950](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950). Acesso em: 28 out. 2024.

SOUZA, Larissa Velasquez de. **‘Não tem jeito, vocês vão precisar ouvir’**. **Violência obstétrica no Brasil**: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015). Tese de doutorado. Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53543>. Acesso em 15 out 23.

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas. **Relatório da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento- Plataforma de Cairo, 1994**, Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 08 out. 2024.

UNFPA-- Fundo de População das Nações Unidas. **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia**. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Entre%20os%20compromissos%20feitos%20pelo,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos>. Acesso em 23 nov. 2024.

VENTURA, Miriam. Saúde Feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos, in BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline-organizadoras. **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

VIELLAS, Elaine Fernandes, DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, DIAS, Marcos Augusto Bastos, GAMA, Silvana Granado Nogueira da, THEME FILHA, Mariza Miranda, COSTA, Janaina Viana da, BASTOS, Maria Helena, & LEAL, Maria do Carmo. (2014). **Assistência pré-natal no Brasil**. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(Suppl. 1), S85-S100. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 04 nov. 2024.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher-Pequim, de 1995. In: FROSSARD, Heloisa (org.). **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p.147-258. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5003303/mod\\_resource/content/1/Secretaria %20Especial%20de%20Politica%20para%20as%20Mulheres%20-%20Instrumentos%20internacionais%20de%20direitos%20das%20mulheres.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5003303/mod_resource/content/1/Secretaria%20Especial%20de%20Politica%20para%20as%20Mulheres%20-%20Instrumentos%20internacionais%20de%20direitos%20das%20mulheres.pdf). Acesso em 10 out. 2024.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2024.

WOLKMER, Antonio Carlos. Reinvenção dos Direitos Humanos: Um aporte descolonial desde o Sul. In; RABINOVITCH-BERKMAN, Ricardo (Editor). **Los Derechos Humanos desde la Historia**. Immersiones Libres. Chile: EH Editorial Hammurabi, 2019. pp.287-298.

