



# INFORMATIVA

Agosto/21



## ARTIGOS

- Violência obstétrica e a jurisprudência brasileira: um caminho a ser construído
- As mortes ainda invisíveis - o Caso Alyne

## RESENHA

- Filme "Pieces of a Woman"

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA

## um caminho a ser construído

Mariângela Gama de Magalhães Gomes<sup>1</sup>  
Taynara Junília Guerra de Moraes<sup>2</sup>

**A** pesar de ser frequente no dia a dia das mulheres, a violência obstétrica é tema pouco conhecido e discutido na sociedade brasileira, o que inclui o nosso Sistema de Justiça. Isso se deve, em grande medida, à inexistência de textos legislativos nacionais voltados à proteção das mulheres onde conste expressamente o termo “violência obstétrica”.

Para contextualizar esse assunto, é importante desde logo identificá-lo, o que é facilitado por documentos internacionais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência obstétrica consiste em “abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde”, violando não só “os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação”. Trata-se de violência que possui maior incidência nas redes públicas de saúde, nas quais as gestantes possuem menores condições sociais e de saúde, apresentando maior risco gestacional.

Por outro lado, ordenamentos jurídicos próximos ao nosso contemplam essa modalidade de violência de gênero, o que deve servir como parâmetro para a análise do tema. Assim, na Argentina, o art. 6º, e, da Lei n. 26.485 (Ley de proteccion integral a las mujeres), define violência obstétrica como aquela exercida pelo pessoal de saúde sobre o corpo e processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização de processos naturais, em acordo com a Lei 25.929. Já na Venezuela, o art. 15, n. 13, da Ley Orgânica sobre El Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, estabelece que se entende por violência obstétrica a apropriação do

corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por pessoal da saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, trazendo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Com base nesses textos internacionais e, principalmente, a partir dos relatos de inúmeras mulheres acerca de suas experiências nos períodos pré-parto, parto e puerpério, é forçoso reconhecer a grande incidência dessa modalidade de violência contra as mulheres, em momento especialmente sensível de suas vidas, o que as tornam ainda mais vulneráveis. Não é porque o termo seja pouco usado que a violência seja pouco praticada; ao contrário, a pouca familiaridade com o termo faz com que a violência seja pouco identificada como tal, tanto por parte de quem a pratica como pelas suas vítimas.

De maneira geral, pode-se sintetizar a violência obstétrica a partir das seguintes práticas: intervenções não consentidas, abusos físicos (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), abusos verbais (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), abuso sexual, falta de cuidados com a parturiente, abandono, negligência ou recusa da assistência e omissão de meios que minimizem as dores do parto.

De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em 2010, os tipos de violência obstétrica mais relatados são a realização de exame de toque de forma dolorosa, não oferecimento de algum tipo de alívio para a dor da parturiente, gritos, xingamentos ou humilhações di-

<sup>1</sup> Professora Associada de Direito Penal da USP

<sup>2</sup> Acadêmica na Faculdade de Direito da USP



rigidas à mulher, falta de informação sobre o procedimento que estava sendo realizado e negativa de atendimento.

Apenas a título de exemplo, uma das práticas mais comuns de violência obstétrica, e que atinge diretamente a integridade física da mulher, é a episiotomia. Ela consiste numa cirurgia caracterizada pelo corte na região perineal, localizada na parte de baixo da vulva, na entrada da vagina, estendendo-se até o ânus; é um procedimento realizado durante o parto, com tesoura ou bisturi, para facilitar a saída do bebê, bem como para evitar eventuais fissuras na vagina. Algumas vezes, tal cirurgia é realizada sem anestesia (Rede Parto do Princípio, 2012).

Embora estudos médicos demonstrem que a episiotomia pode danificar a estrutura vaginal, ela é amplamente utilizada na esfera hospitalar. Segundo a OMS, em apenas 10% dos partos há indicação para a episiotomia, apesar de ser utilizada em até 74% dos partos em primíparas (mulheres que dão à luz o primeiro filho) (Suaia; Serra, 2016, p. 135).

Uma das explicações para a ampla utilização dessa técnica decorre do próprio ensino na maioria das escolas de medicina do Brasil, em que são valorizadas as habilidades cirúrgicas e dos exames patológicos sofisticados, sendo deixados de lado os cuidados com a parturiente, especialmente no parto normal.

Há, no entanto, outra perspectiva pela qual o assunto pode ser compreendido. A partir de uma lógica deturpada sobre a sexualidade feminina, Diniz e Chacham apontam que, “no Brasil, um dos principais argumentos usados a favor tanto da episiotomia quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher” (Diniz; Chacham, 2016, p. 86). Essa “necessidade” de aumentar o nível de satisfação do parceiro durante o ato sexual é ainda mais escancarada pelo que se convencionou chamar de “ponto do marido”: ao costurar a pele, o médico dá um ponto a mais, para deixar a vagina mais apertada e, com isso, preservar o prazer masculino – em total desconsideração pelas dores causadas à mulher durante a prática da relação sexual (Parto do Princípio, 2012).

Apesar da alta frequência e das consequências físicas e psicológicas na mulher – a ponto de, por exemplo, muitas optarem, num segundo parto, pela cesárea, justamente para escapar da episiotomia –, é praticamente inexistente uma jurisprudência que discuta a responsabilização de profissionais em casos como esses. Da mesma forma, também não se encontram decisões que versem sobre ofensas e ameaças claramente dirigidas às parturientes enquanto sentiam as dores do parto, tais como “Está gritando por quê? Na hora de fazer, gostou!”, “Não grita senão eu não venho te atender! Se continuar, eu paro agora o que eu estou fazendo!” ou “Não grita muito senão vai deixar o bebê surdo!”. (Aguiar, 2010, p. 130).

Numa pesquisa realizada em 2020, no site do STJ, nenhuma decisão foi selecionada a partir dos termos “violência obstétrica” ou “puerpério”; quando inserida a palavra “parturiente”, apenas 23 decisões apareceram, das quais 13 diziam respeito a alguma forma de violência obstétrica, todas na esfera cível. (Moraes, 2020).

Salta aos olhos que, além de ser pouco discutida em nossos tribunais, os raros casos que são levados à Justiça dizem respeito a condutas indubitavelmente muito graves, onde a violência obstétrica pode ser considerada um plus às condutas que vitimizam de forma irreversível as mulheres e/ou seus filhos.

Exemplifica essa constatação o REsp. nº 1.749.965/SP, no qual se discutia a fixação de indenização por danos morais à família de bebê que ficou

tetraplégico em razão de erro médico no parto realizado com fórceps. Após 15 anos, o então adolescente faleceu. Situações semelhantes embasaram outros pedidos de indenização devido a efeitos graves causados ao recém-nascido, tais como as descritas no AgRg no AREsp nº 442.266/SP (paralisia cerebral), AgRg no AREsp nº 403.761/SC (demora no atendimento da parturiente ocasionou sofrimento fetal e sequelas definitivas na criança) e AgRg no AREsp nº 69.698/RN (demora na realização do parto resultou grave seqüela no neonato).

Igualmente grave é o caso descrito no REsp. nº 1.736.039/SP, onde também se discutia indenização

“

no Brasil, um dos principais argumentos usados a favor tanto da episiotomia quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher”

(Diniz; Chacham, 2016, p. 86)



zação por danos materiais e morais, decorrentes da morte da parturiente de 25 anos de idade que, após devido acompanhamento médico pré-natal, foi internada saudável para dar à luz sua filha. De acordo com a decisão, por negligência do médico responsável pelo parto, que não efetuou a retirada de todo o tecido placentário do útero da paciente no momento adequado, a mulher sofreu hemorragia, seguida de parada cardio-respiratória e falta de oxigenação cerebral, o que lhe resultou sequelas irreversíveis, vivendo em estado vegetativo até falecer. Outros casos que também envolveram a morte da parturiente são o AgInt na PET no REsp nº 1.479.893/TO e os EDcl no AREsp nº 388.038/SC. Já os casos julgados nos AgInt no AREsp nº 1.393.707/CE, AgInt no AREsp nº 598.315/PE e no REsp nº 194.395/MG, por sua vez, versam sobre a negligência médica que levou a óbito tanto a parturiente como o feto ou o recém-nascido.

Na mesma pesquisa realizada no site do STJ, somente quando o termo pesquisado foi “parto”, juntamente com outra palavra que dissesse respeito a um tipo penal incriminador (lesão corporal, difamação, injúria, constrangimento ilegal, ameaça, assédio sexual e homicídio) foi destacada uma única decisão criminal que versasse sobre violência obstétrica, mais especificamente um caso em que se reconheceu o crime de homicídio culposo do recém-nascido por inobservância de regra técnica (HC 228.998/MG).

A partir dessas observações, percebe-se com clara evidência a pouca atenção dada pelo Sistema de Justiça brasileiro ao problema da violência obstétrica. Embora não haja dúvida de que abusos físicos e psicológicos, intervenções não consentidas, falta de cuidados com a parturien-



te, entre outras práticas caracterizam violência obstétrica, da mesma forma como são comuns relatos de ofensas, ameaças e negligências na assistência às parturientes, poucos são os casos em que o Judiciário enfrenta essa temática.

De um lado, a pouca visibilidade dada ao problema faz com que as próprias mulheres sejam incapazes de identificar as violências das quais são vítimas, ao mesmo tempo em que os profissionais que as atendem também não são treinados para atuar de modo mais humano e respeitoso às gestantes e puérperas. Por outro lado, a normalização desse tipo de comportamento faz com que também o Poder Judiciário não esteja sensibilizado para a violência que caracteriza tais condutas.

Essa ausência de sensibilidade fica expressa na jurisprudência brasileira, que somente consegue se manifestar em casos de gravidade inquestionável. Entre nós, o emblemático caso de Alyne Pimentel não é significativamente diferente dos aqui citados, e mesmo assim o Estado foi condenado por não ter garantido o direito à maternidade segura e acesso aos serviços básicos de saúde durante o parto, assim como por não ter o Judiciário sido capaz de garantir uma indenização à família de Alyne<sup>3</sup>.

Resta, então, o desafio à sociedade e aos órgãos da Justiça do Brasil para que voltem seus olhares aos cuidados e respeito que merecem todas as mulheres, especialmente nos períodos pré-parto, parto e puerpério. É preciso que o termo “violência obstétrica” seja conhecido e debatido, e que todas as suas formas de manifestação sejam compreendidas como ofensivas à mulher; não é outro o caminho para seu correto enfrentamento e futura superação.

## Referências

- AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da USP, 2010.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo). Acesso em: 18 jul 2021.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa de opinião: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em 2010. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_0.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf). Acesso em: 19 jul 2021.
- MORAES, Tynara Junília Guerra de. Análise da violência obstétrica e da proteção da mulher pelo direito penal, Iniciação Científica, Faculdade de Direito da USP, 2020.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSECEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 18 jul 2021.
- SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, Brasília, v. 2, n. ISSN: 2526-0022, n.1, p. 128- 147, 29 abr. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>. Acesso em: 18 jul 2021.

<sup>3</sup> Alyne Pimentel teve um feto natimorto e depois veio a também falecer em decorrência da falta de atendimento médico adequado à sua condição. Diante do descaso das autoridades brasileiras, o caso Alyne v. Brasil foi o primeiro caso sobre mortalidade materna decidido por um órgão internacional de direitos humanos (Comitê CEDAW), e o Estado foi condenado.





# AS MORTES AINDA INVISÍVEIS

## o Caso Alyne

Leila Linhares Barsted<sup>1</sup>

**A** inclusão da saúde reprodutiva e sexual no campo dos direitos humanos, na perspectiva da indivisibilidade desses direitos, lhe confere o status de bem jurídico articulado aos demais direitos de cidadania, entre os quais os direitos à liberdade, à igualdade de tratamento, à dignidade, à intimidade, à privacidade e à autonomia, além do direito a não ser vítima de violência nos espaços privados, na sociedade e por agentes do Estado.

A proteção à saúde das mulheres, em especial à maternidade, está prevista no direito brasileiro, desde a década de 1940, e foi fortalecida na Constituição Brasileira de 1988 que inseriu essa proteção no campo dos direitos individuais e dos direitos sociais. Em seu Artigo 196, a Constituição assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>2</sup>.

Esses preceitos constitucionais incorporaram o disposto, desde 1979, na Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres - Cedaw, que em seu Artigo 12 explicita (...) *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 1, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância<sup>3</sup>.*

Na década de 1990, a preocupação com proteção da saúde das mulheres e, em especial, com a saúde e os direitos reprodutivos ganhou grande relevância na pauta internacional.

Em 1994, a Plataforma e o Plano de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, dedicou um capítulo especial à saúde da mulher e à maternidade segura e chamou atenção para o ocorrência de complicações relacionadas com a gravidez e o parto dentre as causas principais de mortalidade de mulheres na idade reprodutiva. Estimava, naquela época, que cerca de um meio milhão de mulheres morriam anualmente de causas ligadas à gravidez, 99% delas nos países em desenvolvimento.

Em 1995, o Plano de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, reconheceu que a saúde das mulheres está exposta a riscos especiais, devido à inexistência ou inadequação de serviços de saúde para atender às suas necessidades, e tal como na Conferência do Cairo, constatou que em muitas partes do mundo, as complicações relacionadas com a gravidez e o parto contam entre as principais causas de mortalidade e morbidez

<sup>1</sup> Advogada, membro do Comitê de Peritas do Mecanismo de Seguimento da Convenção Interamericana para Prevenir, unir e Erradicar a Violência contra as Mulheres - MESECVI da Organização dos Estados Americanos, Professora Emérita da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro - EMERJ, Coordenadora Executiva da CEPIA.

<sup>2</sup> Além disso, o art. 226, § 7º, da Constituição declara o direito ao planejamento familiar, fundado no respeito à dignidade humana, na paternidade responsável, na decisão livre do casal e na proibição de qualquer forma coercitiva, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito.

<sup>3</sup> Nações Unidas, Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW, 1979. Disponível em : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>



das mulheres em idade reprodutiva, e que a maioria dos óbitos, problemas de saúde e lesões podem ser evitados, mediante a melhoria do acesso a serviços adequados de atendimento à saúde. Nesse sentido, exortou os Estados Partes a reduzir a morbidade e a mortalidade maternas a níveis que não constituam mais um problema de saúde pública e a reduzir as disparidades na mortalidade materna dentro dos países e entre regiões geográficas, entre grupos sócio-econômicos e étnicos. Demandou que os Estados identificassem as causas fundamentais de morbidade e de mortalidade maternas e dispensar atenção ao desenvolvimento de estratégias para superar essas causas.

Em 1999, a Recomendação N. 28 da Cedaw, reforçou o Art. 12 dessa convenção por considerar o seu cumprimento essencial para a eliminação da discriminação contra as mulheres no que respeita ao seu acesso aos serviços de cuidados de saúde, durante todo o ciclo da vida, em particular nas áreas do planejamento familiar, da gravidez, do parto e no período pós-natal.

No início da década de 1990, dados nacionais indicavam uma precária proteção ao direito à saúde reprodutiva no Brasil, com alta taxa de mortalidade materna, chegando a 140 óbitos para cada 100.00 nascidos vivos. Nesse sentido, foi importante que, em 2000, o Brasil tenha aderido aos Objetivos do Milênio das Nações Unidas que previam a redução da mortalidade materna em 75% cerca de 35 óbitos maternos para cada 100.00 nascidos vivos.

Mesmo considerando a existência de legislação protetiva e os avanços realizados na atenção à saúde das mulheres, na década de 2000 em diante, essa redução não atingiu a meta dos Objetivos do Milênio da ONU. Os dados de 2017 revelam a ocorrência de 64,5 mortes maternas para cada 100.00 nascidos vivos, uma redução de apenas 58%. Essa redução, no entanto, não é igual em todos os estados, quando se verificam taxas muito mais altas que a média nacional, como é o caso do estado do Pará com taxas de 107, 4 e mesmo estados mais ricos como o Rio de Janeiro com taxa de 84,7 óbitos maternos por cada 100.00 nascidos vivos<sup>4</sup>. A inclu-

são dos indicadores classe e raça/etnia relativiza ainda mais essa taxa de redução. As mortes maternas de mulheres pobres e negras continuam com taxas mais altas que a de mulheres brancas. Os dados existentes indicam que 60% dos óbitos maternos são de mulheres negras, muito mais altas que as mulheres brancas para as quais evidencia uma lenta, mas gradual redução de mortes<sup>5</sup>. Em reunião no Senado Federal, a médica Jurema Werneck, médica e coordenadora-geral da ONG Criola<sup>6</sup>, apontou que

*“... uma das principais causas desses números está na forma de lidar dos profissionais de saúde com a população, que tratam os negros e pobres de forma diferenciada, o chamado racismo institucional. Essa diferença de tratamento – lenti-dão, menos pedidos de exames, pouca consideração com queixas de dor e até violência obstétrica – é cientificamente comprovada por estudos e pesquisas acadêmicas, afirmou. Em sua opinião, o Brasil precisa colocar em prática os objetivos que assume, como as metas diferenciadas da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, para melhorar a atenção no sistema de saúde e reduzir as práticas racistas, e que não alcançou bons resultados<sup>7</sup>.”*

Em 2015, nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) as Nações Unidas definiram como meta a redução para 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos a ser alcançada até 2030. Para tanto, os obstáculos existentes para alcançar esse patamar revelam-se antigos e novos.

É importante recordar que, em 1983, por força de pressão do movimento feminista e de profissionais de saúde, foi aprovado pelo governo federal o Paism – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que define o dever do Estado de implementar por meio das instituições de saúde ações voltadas para atenção integral à saúde das mulheres em todas as fases de sua vida. O texto base do Paism demonstrava preocupação com a morte materna e considerava que a *“questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. É fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu*

<sup>4</sup> <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2019/07/mortalidade-materna-brasil-esta-cada-vez-mais-longe-da-meta-internacional.html>

<sup>5</sup> Fonte: Agência Senado, 2015 disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/01/brasil-nao-cumpre-metas-do-milenio-para-reducao-de-mortes-maternas>

<sup>6</sup> Jurema Werneck é a atual representante da Anistia Internacional no Brasil.

<sup>7</sup> Fonte: Agência Senado, 2015.



*parto (.....) O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo. O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos<sup>8</sup>.”*

Quase 40 anos depois desse diagnóstico do PAISM a saúde das mulheres, em especial a saúde reprodutiva, continua como um ponto crítico no Brasil. Para a Organização Mundial de Saúde cerca de 92% das mortes maternas são evitáveis. Então, por que estamos em patamares tão altos, considerando-se o Brasil um país desenvolvido? Por que continua a “perambulação das parturientes” por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto, como assinalado no documento de 1983?

Os acessos à saúde sexual e reprodutiva no Brasil e aos direitos que protegem esses bens jurídicos esbarram em muitos e antigos obstáculos dentre os quais a escassez de serviços de boa qualidade, a concentração desses serviços de saúde em municípios mais ricos; a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a falta de empatia e de respeito para com as mulheres aliada aos preconceitos de gênero, raça/etnia e condição social, diariamente denunciados pela mulheres, mas ainda com pouca repercussão na sociedade e no Estado. Essas têm sido as avaliações dos movimentos, redes e organizações não governamentais feministas. Nesse sentido a proteção à maternidade esbarra no descaso e na violência obstétrica que causam sofrimento e morte<sup>9</sup>.

Essa forma de violência de gênero está tipificada na **Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres** (Convenção de Belém do Pará) como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no privado como no âmbito público e por agentes do Estado. Também pode ser tipificada como de tortura e atos desumanos e degradantes.

Caso emblemático, por sua repercussão internacional, de morte materna ocasionado por violência obstétrica, ocorreu em 2002. Alyne da Silva Pi-

mentel Teixeira, residente no município de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro, a poucos quilômetros da capital era uma mulher negra, grávida de seis meses, com 28 anos, casada e com uma filha de cinco anos de idade, foi a óbito em uma unidade de saúde. Alyne estava no sexto mês de gestação quando começou a sentir fortes dores abdominais. Procurou uma clínica de saúde onde uma médica prescreveu-lhe um remédio para náusea, cremes vaginais, vitaminas e marcou nova consulta para exames. Sua situação se agravou, voltou ao hospital e dois dias depois foi atendida por um outro médico que constatou que o feto estava morto e a submeteu a um parto induzido. A cirurgia para retirada da placenta só ocorreu 14 horas depois quando a situação de Alyne se agravou com hemorragia, queda da pressão arterial e desorientação, o que necessitou a sua transferência para uma unidade de saúde com mais recursos. Não havia ambulância para essa transferência e quando finalmente chegou a esse outro hospital não havia leito disponível e Alyne foi colocada no corredor vindo a falecer.

Em fevereiro de 2003, a família de Alyne apresentou uma ação civil indenizatória junto ao Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, sem ter conseguido uma resposta desse Tribunal. Em 2007, com o apoio das organizações não governamentais Centro pelos Direitos Reprodutivos e Advocaci – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, o caso Alyne foi levado ao Comitê Cedaw.

A decisão do Cedaw, em 2011, declarou a responsabilidade do Estado brasileiro pelas violações dos artigos da Convenção no que se refere ao acesso a saúde (art. 12); acesso à justiça (art 2-c), não cumprimento da obrigação de regulamentar as atividades dos serviços de saúde privado (Art. 2-e) assim como a Recomendação Geral N. 28.

Em 2015, a Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa) elaborou o Dossiê Caso Alyne Pimentel - Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto de implantação da decisão do Comitê Cedaw<sup>10</sup> contra o estado brasileiro, o primeiro caso de morte materna no Brasil levada à uma instância internacional. O Dossiê relata toda o processo de busca de Alyne por assistência médica, o descaso com que foi tratada e que a levou a morte, assim como a sentença do Cedaw condenatória

<sup>8</sup> Governo Federal, Ministério da Saúde, PAISM, 1985, Brasília

<sup>9</sup> Sobre violência obstétrica ver Cartilha sobre violência obstétrica no abortamento, produzida pelo Coletivo Margarida Alves e Curumim disponível em [https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/07/CARTILHA-VIOL%C3%AANCIA-OBST%C3%A9TRICA\\_-WEB.pdf](https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/07/CARTILHA-VIOL%C3%AANCIA-OBST%C3%A9TRICA_-WEB.pdf)

<sup>10</sup> Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil e UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas Relatório sobre mortalidade materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel, [redação Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz] 1a. ed. 2015, Brasília



do Brasil que considerou os fatos apresentados com-probatórios de que a morte de Alyne foi resultado de causas diretamente relacionadas com a gravidez e que foi uma morte materna evitável. Reconheceu a ineficácia das políticas e dos serviços dentre elas: a falta de acesso a equipamentos e intervenções em saúde para salvar vidas em situações de emergência obstétrica, a falta de leito hospitalar, a desorganização dos serviços de saúde associada ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as causas evitáveis de morte materna; e as condições precárias de infraestrutura dos serviços de saúde que também contribuem para aumentar o risco de morte materna das mulheres (...) a falha em diagnosticar de forma oportuna o óbito fetal; a falha em não realizar exames de saúde; a falha em não realizar imediatamente o procedimento de indução do parto no tempo apropriado, ocasionando o agravamento dos seus sintomas; a falha em não realizar imediatamente o procedimento de curetagem para remover os restos placentários; a falha em não realizar a transferência imediata para o Hospital Geral com mais recursos para casos como os de Alyne; a falha em não enviar seu histórico médico junto com Alyne para ser atendida pela nova equipe que não conhecia o seu quadro de saúde. A cadeia de eventos, resultado das diversas falhas na assistência, teve como resultado direto a sua morte, derivada de complicações obstétricas relacionadas ao seu estado de gravidez e que deveria ter sido classificada devidamente como morte materna por causa obstétrica direta<sup>11</sup>.

O Relatório descreve as observações *in loco* no municípios citados no caso Alyne, evidenciando que 4 anos após a decisão da Cedaw, o sistema de saúde desses dois municípios não haviam sofrido alterações que os fizessem seguros para as mulheres e impossibilitassem novos óbitos maternos por causas evitáveis.

Beatriz Galli, uma das autoras desse Relatório, destacou que “Existe um impacto desproporcional da morte materna para as mulheres negras no Estado do Rio de Janeiro,

que comprova a existência do racismo institucional e certa tolerância em relação a essa discriminação na assistência obstétrica (...) Hoje, onze anos depois, a gente vê que a situação continua exatamente a mesma”.

O Cedaw apresentou ao Estado Brasileiro recomendações de duas ordens: em caráter individual, no que concerne à indenização financeira à mãe e à filha de Alyne, e em caráter geral voltada para que Estado brasileiro garantisse o direito à maternidade segura através de um sistema de saúde acessível a todas as mulheres. As recomendações destacam a necessidade de reduzir as mortes maternas através de um conjunto de medidas dentre elas a formação adequada para os profissionais da saúde e a fiscalização do funcionamento das unidades de saúde. Considerou que a morte de Alyne aponta para as discriminações de gênero, de raça e etnia e condição social.

O caso Alyne, portanto, não foi um evento isolado. Apesar das denúncias de violações que são continuamente apresentadas pelos movimentos de mulheres, e em especial por movimentos de mulheres negras, e sistematizadas em relatórios nacionais e internacionais, as mortes maternas evitáveis continuam se repetindo por todo o país, mantendo-se no entanto, ainda invisíveis e pouco sensibilizando a sociedade e as instituições do Estado. São muitas as Alynas que nesse momento podem estar sofrendo e morrendo.

Considerando que a saúde reprodutiva foi incluída, desde década de 1990, no campo dos direitos humanos, como um bem jurídico, articulado aos demais direitos de cidadania, as mortes maternas representam o desprezo e uma violação aos direitos das mulheres. Como atingir as Metas da ONU em contexto políticos sociais e econômicos de constantes desrespeitos aos direitos humanos no Brasil?

<sup>11</sup> Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil e UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas

<sup>12</sup> In Relatório sobre mortalidade materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel, opus cit.

<sup>13</sup> Sobre o detalhamento do Caso Alyne Pimentel, r ÁVILA, F., SEIXAS, P.A., and SPOSATO, K.B. A responsabilidade do estado brasileiro no caso Alyne Pimentel pelo Cedaw: mortalidade materna e direitos reprodutivos sob a ótica das críticas feministas aos direitos humanos. In: VITALE, D., and NAGAMINEM R., eds. Gênero, direito e relações internacionais: debates de um campo em construção [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 124-151. Disponível em I <https://doi.org/10.7476/9788523218638.0006><http://books.scielo.org/id/6tdtg/pdf/vitale-9788523218638-06.pdf>



# Pieces of a Woman

**É** um longa-metragem que narra a história de Martha e Sean Carson à espera do nascimento da primeira filha do casal. A história é contada a partir dos últimos dias de gestação, mostrando os planos para a chegada da criança.

Martha e Sean optam por um parto domiciliar e contratam uma doula para o momento do nascimento. As dores do parto se iniciam antes do tempo estimado e a doula de confiança não pôde estar presente. A incumbência de realizar o parto coube a outra profissional, chamada às pressas. Inicia-se uma sequência de fortes cenas, onde o casal luta para dar à luz à filha. Apesar da dificuldade do nascimento, Martha e Sean decidem permanecer em casa e protagonizar o momento do nascimento. Após longo período de dores intensas e de um parto difícil, a criança nasce, porém, sem vida.

Para além da triste história de um casal e de uma criança, que morre no nascimento, esta obra cinematográfica trata da relação que se estabelece entre marido e mulher e as consequências da perda, frente a uma sociedade que exige determinados posicionamentos e não compreende algumas opções da maternidade.

A escolha e autonomia da mulher pela realização do parto domiciliar é colocada em questão. A parteira é acusada criminalmente de negligência ou atuação em desconformidade a normas técnicas. A opção do casal ao escolher o parto domiciliar é circundada de preconceitos e concepções.

Martha é colocada diante de uma série de exigências e passa a se questionar e ser questionada acerca de vivências e possibilidades a partir da perda, além de sofrer as consequências na vida familiar, conjugal, e no ambiente de trabalho.

A história se desenrola com um final inesperado, em que a superação perpassa por mudanças e enfrentamentos relevantes.

O filme aborda questões frente à maternidade e à paternidade, e a importância de serem questionados certos parâmetros de conduta a partir de vivências possíveis, diante de uma sociedade que ainda exige condutas e comportamentos bastante ortodoxos, mesmo à frente de técnicas cientificamente aceitas.

Trata-se de uma narrativa cinematográfica interessante e envolvente, muito embora triste, mas que traz esperança de superação e de escolhas que podem, perfeitamente, compor nossa existência.

Renata Mahalem, juíza de Direito • Teresa Cristina Cabral Santana, juíza de Direito

