

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

VALDA DE FÁTIMA DA SILVA

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: 20 anos depois da morte de Alyne Pimentel

BRASÍLIA

2023

Valda de Fátima da Silva

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL:
20 anos depois da morte de Alyne Pimentel

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Ma. Giovanna Migliori Semeraro

BRASÍLIA

2023

Ficha Catalográfica

SILVA, Valda de Fátima da

Mortalidade Materna no Brasil: 20 anos depois da morte de Alyne Pimentel/
Valda de Fátima da Silva. Brasília: FLACSO/FPA, 2023.

88 p. : il.

Dissertação (Magister en Estado Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade
Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría
Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2023.

Orientadora: Giovanna Migliori Semeraro.

Valda de Fátima da Silva

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL:
20 anos depois da morte de Alyne Pimentel

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em: 26 de junho de 2023.

Profa. Ma. Giovanna Migliori Semeraro
FLACSO Brasil

Profa. Dra. Josemeire Alves Pereira
FLACSO Brasil

Profa. Dra. Ana Paula Polacchini de Oliveira
UNIFIPA - Centro Universitário Padre Albino

Falo de milhões de pessoas a quem artificialmente inculcaram o medo, o complexo de inferioridade, o estremecimento, a genuflexão, o desespero, a subserviência. AIMÉ CÉSAIRE, Discurso sobre o colonialismo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem a sua vontade eu não teria chegado até aqui.

À minha orientadora, Professora Doutora Giovanna Migliori Semeraro, pela orientação, paciência, carinho e, sobretudo, pela compreensão quando precisei de mais tempo.

Às minhas irmãs Cida, Valdair e Valdira, que tiveram que triplicar suas jornadas de trabalho (sem remuneração) para que eu pudesse me dedicar integralmente, na etapa final, a este trabalho.

Aos meus colegas de curso, que apesar de a pandemia ter privado nossos encontros presenciais, o apoio deles foi fundamental para que eu seguisse na minha difícil jornada.

Àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que eu pudesse cumprir com meu objetivo de concluir este curso de Mestrado.

À minha mãe, Mercês Pereira da Silva, *in memoriam*, por me ensinar o valor da educação formal, especialmente para a emancipação feminina.

Ao meu pai, Jorge Pereira da Silva, que embora não compreendesse o sentido de eu passar dias e noites até às madrugadas em frente ao computador, torceu para que concluísse esta dissertação.

E a todos que acreditam num mundo melhor livre de racismo e de todos os tipos de preconceitos.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CDH – Conselho de Direitos Humanos

CDR – Centro Direitos Reprodutivos

CEDAW – Convenção para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres

CIDH/OEA – Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensões

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos Desenvolvimento Sustentável

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde

RMM – Razão de Mortalidade Materna

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UNFPA - Fundo de População e Desenvolvimento das Nações Unidas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Consultas pré-natal: regiões do Brasil, 2019 a 2020.....	68
Figura 2 – Óbitos maternos associados à covid-19.....	71
Figura 3 – Características das mulheres que faleceram de morte materna: Brasil, 2020.....	72
Figura 4 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) – Brasil – 1990 a 2021.....	73
Figura 5 – Razão de Mortalidade Materna – Brasil – 2021 / Por UF.....	73
Figura 6 – Razão de Mortalidade Materna – Brasil – 2021/ Por UF.....	74
Figura 7 – Razão de Mortalidade Materna (RMM).....	77

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A INTERSECCIONALIDADE COMO TEORIA SOCIAL CRÍTICA.....	20
3 O DIREITO HUMANO À SAÚDE E O CASO ALYNE PIMENTEL	37
3.1 O caso Alyne Pimentel.....	46
4 A RESPONSABILIDADE DO ESTADO NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES	58
4.1 Indicadores de mortalidade materna	63
4.2 Taxa de natalidade 2019-2020	65
4.3 Consultas Pré-Natal por região 2019-2020	65
4.4 Morte materna no Brasil 2019-2020	66
4.5 Causas de óbitos maternos diretas e indiretas	68
4.6 Características dos óbitos maternos em 2020.....	69
4.7 Causas dos óbitos maternos	70
4.8 Considerações a respeito dos dados apresentados	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS.....	83

RESUMO

O tema deste trabalho consiste na análise da mortalidade materna no Brasil dentro de uma perspectiva diacrônica com vistas à compreensão desse fenômeno que culminou na condenação do Estado brasileiro no Comitê de Monitoramento da Convenção para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher, que se convencionou a chamar de Caso Alyne Pimentel.

O método utilizado neste trabalho consistiu na pesquisa descritiva-exploratória cujo marco teórico foi focado na abordagem da colonialidade do poder e na perspectiva da interseccionalidade. Tendo em vista o adensamento de estudos no campo da saúde relativo aos sistemas de saúde e às políticas de saúde desenvolvidas no país em diversos contextos históricos, a pesquisa foi realizada por meio de análise de estudos e relatórios oficiais das Nações Unidas, artigos, pesquisas científicas e fontes historiográficas com vistas à compreensão dos fenômenos em suas diversas facetas.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Alyne Pimentel. Racismo. CEDAW.

SUMMARY

The theme of this work is the analysis of maternal mortality in Brazil within a diachronic perspective with a view to understanding this phenomenon that culminated in the condemnation of the Brazilian State in the Monitoring Committee of the Convention for the Elimination of Discrimination against Women, which was conventionally called of Case Alyne Pimentel.

The method used in this work consisted of descriptive-exploratory research whose theoretical framework was focused on approaching the coloniality of power and on the perspective of intersectionality. Considering the increase in studies in the field of health related to health systems and health policies developed in the country in different historical contexts, the research was carried out through the analysis of studies and official reports from the United Nations, articles, scientific research and historiographic sources with a view to understanding the phenomena in their various facets.

Keywords: Maternal Mortality. Alyne Pimentel. Racism. CEDAW.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é signatário dos principais instrumentos de direitos humanos, inclusive as Convenções Centrais (Core Conventions) como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966, a Convenção dos Direitos da Criança, a Convenção para a Eliminação da Discriminação Racial, a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), a Convenção contra a Tortura, além de várias outras Convenções e Declarações oriundas das Conferências Internacionais como a Declaração Internacional do Cairo e a Declaração de Beijing elaboradas em 1994 e 1995 respectivamente.

No que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, os planos de ações oriundos de Beijing e Cairo são as principais referências para o Brasil no campo dos direitos sexuais e da saúde reprodutiva das mulheres.

Alinhados aos compromissos acordados nesses instrumentos estão, ainda, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que contou com a participação ativa do Brasil na construção desses Objetivos em 2015. Cabe recordar que os ODSs substituíram os objetivos do Milênio criados em 2000.

Os Objetivos do Milênio (ODM) foram definidos pelos líderes mundiais das Nações Unidas, em setembro de 2000, na sede da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova Iorque. Na ocasião, as nações se comprometeram em realizar parceria global com vistas a atingir os oito objetivos estabelecidos pela ONU, até o ano de 2015.

Os oito Objetivos do Milênio são:

Erradicar a pobreza extrema e a fome; educação básica universal; promover igualdade de gênero e empoderar as mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental; parceria global pelo desenvolvimento. (BRASIL, Fundo de População das Nações Unidas, [s.d]).

Em 2015, após o término dos ODMs, os governos e a sociedade civil pactuaram no âmbito das Nações Unidas, um novo acordo pós-2015 com duração de quinze anos. A agenda 2030 inclui não só as pessoas, mas também a proteção do planeta. Denominado de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS), o novo acordo é constituído de um plano de ação com dezessete Objetivos e 169 metas em áreas cruciais para a humanidade e o planeta”. (BRASIL, *idem*).

Cabe ressaltar que em relação aos ODS, este trabalho será focado no ODS-3 (Saúde e Bem-Estar), na meta 3.1, que trata da “redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030¹ⁱ, em especial, no compromisso do Brasil de reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, IPEA, 2019).

Ao aderir aos marcos normativos de proteção de direitos humanos os Estados se comprometeram a promover e proteger integralmente todos os direitos ali pactuados e assumiram o compromisso de prestar informações periódicas aos órgãos e mecanismos de supervisão desses instrumentos com vistas a demonstrar a efetividade dos compromissos assumidos.

Os Mecanismos de Supervisão dos direitos humanos das Nações Unidas têm como objetivo monitorar a implementação dos direitos humanos em todos os países. Esses Mecanismos são: o Conselho de Direitos Humanos, a Revisão Periódica Universal e os Procedimentos Especiais do Conselho de Direitos Humanos.

Há também outros órgãos de monitoramento relativos à implementação dos principais tratados de direitos humanos, como o Comitê de Direitos Humanos, o Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial; o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) o Comitê Contra a Tortura, o Subcomitê para a Prevenção da Tortura, o Comitê sobre os Direitos da Criança, o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e outros.

Após aderir aos acordos internacionais, o Brasil tornou-se um importante ator global com forte atuação em defesa dos direitos humanos nos fóruns regionais e multilaterais das Nações Unidas, especialmente no Conselho de Direitos Humanos (CDH), órgão em que o país esteve à frente no comando por diversas vezes desde a sua criação em 2006. A despeito da boa atuação do Brasil no CDH/ONU, observadores internacionais vieram ao país apurar denúncias de violações de direitos humanos em diversos órgãos da administração pública, especialmente no sistema carcerário.

Desse modo, paradoxalmente, enquanto o país exercia um grande protagonismo em defesa dos direitos humanos no âmbito global, no plano interno, os esforços do Governo não coincidiram na salvaguarda dos direitos das populações mais vulneráveis, haja vista as constantes violações internas dos direitos da população indígena, da população negra, das mulheres, da população carcerária, para citar apenas algumas violações. Muitos casos foram

¹ Brasil. Nações Unidas. Sustainable Development. Disponível em: Brasil.un.org

levados a consideração da Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/OEA) e aos órgãos de direitos humanos das Nações Unidas, como o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas e ao Comitê de Monitoramento para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW/ONU).

Um dos casos mais emblemáticos de violações dos direitos humanos foi levado ao Comitê CEDAW das Nações Unidas, em 2007, pelas organizações Center for Reproductive Rights e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos.

Trata-se do caso relativo à morte materna de Alyne Silva Pimentel, que faleceu em 2002, em uma unidade de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Conforme o Relatório do Estado Brasileiro encaminhado ao Comitê CEDAW, Alyne Silva “foi vítima de negligência e imperícia médica, em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em Belford Roxo e Maternidade de Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro”. (BRASIL, RELATÓRIO DO GOVERNO BRASILEIRO, 2014).

Cabe ressaltar que as unidades de saúde em referência eram instituições privadas, porém, conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O caso Alyne Pimentel resulta numa sucessão de erros que culminaram numa série de violações aos direitos humanos, assegurados no ordenamento jurídico interno e nos instrumentos internacionais de direitos humanos das Nações Unidas, dos quais o Brasil é signatário, como a Convenção CEDAW.

Contudo, cabe salientar que os aspectos jurídicos inerentes ao Caso Alyne Pimentel (tratados internacionais, normas internacionais e internas sobre indenização das vítimas de violação, entre outros aspectos) extrapolam o escopo deste trabalho e que, portanto, não foram objetos da nossa análise. Optamos por abordar as questões relativas às recomendações do CEDAW no que tange às questões da mortalidade materna evitável por ser um problema crônico no Brasil que afeta de maneira diferente as mulheres negras e pardas em relação às mulheres brancas.

O Comitê de Monitoramento da CEDAW considerou que não “houve serviços de saúde materna adequados para satisfazer a necessidade de saúde e os interesses específicos das mulheres, que constituiu não apenas violação ao artigo 12, parágrafo 2º da Convenção, mas também discriminação, nos termos do artigo 12, parágrafo 1º da Convenção”. (*Idem*, p. 12).

A mortalidade materna evitável no Brasil sempre foi bastante elevada. E quando se faz a extração dos dados com recorte de raça e cor, verifica-se que as mulheres negras foram as mais afetadas. Pesquisa realizada pela Plataforma de Direitos Humanos (Plataforma Dhesca) no período de 2000 a 2011, no contexto entre a morte de Alyne Pimentel e a decisão do CEDAW, apontou que nos municípios acima de oitenta mil habitantes, no Estado do Rio de Janeiro, incluindo os municípios de Nova Iguaçu e Belford Roxo, as mulheres negras tinham três vezes mais chances de morrer que as mulheres brancas. (BRASIL, PLATAFORMA DHESCA, 2015, p. 30).

De acordo com representante da agência das Nações Unidas Nadine Gasman (2014), “mais de 90% das mortes maternas no país ainda ocorrem por violações de direitos humanos e as mulheres brasileiras afrodescendentes correm 50% mais riscos de morrerem por causas obstétricas do que as mulheres brancas”. (ONUMULHERES, 2014).

Conforme exposto, o Estado brasileiro é signatário dos principais instrumentos de direitos humanos, especialmente Convenções que tratam sobre os direitos das mulheres, saúde sexual e direitos reprodutivos como a Declaração de Beijing e Cairo que se tornaram referências mundiais sobre as questões relativas aos direitos reprodutivos das mulheres. Ademais, o Brasil sempre teve uma boa atuação internacional na defesa dos direitos humanos no âmbito do Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas, órgão que o país presidiu por diversas vezes. No entanto, pesquisas mostram que a violência de gênero, a violência contra grupos minoritários, como as pessoas negras (principalmente os moradores de periferias), as populações indígenas, grupos LGBTQIA+ tem recrudescido nos últimos anos. (BRASIL DE FATO, 2021).

Além disso, no que tange à mortalidade materna, as políticas desenvolvidas no país com vistas ao cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, estabelecida no ano 2000, especialmente o ODM 5, que trata da redução da mortalidade materna, não lograram êxito. Em 15 anos, prazo estabelecido pelas Nações, o Brasil não alcançou a meta de redução das mortes maternas evitáveis.

Assim, tendo em vista que o recorte escolhido para a nossa reflexão está relacionado aos direitos humanos das mulheres, em especial, a saúde sexual e reprodutiva, a questão proposta para a nossa investigação consistiu na seguinte indagação: a despeito da formalização dos direitos das mulheres (positivado nos instrumentos internacionais e na Constituição Federal de 1988), por que esses direitos não se materializam no mundo real das mulheres, especialmente o direito à saúde das mulheres negras?

Percebemos que há uma lacuna entre princípios e implementação tanto nos instrumentos jurídicos quanto nas políticas específicas voltadas para determinados grupos populacionais.

Assim, foi dado maior ênfase a elementos raça/cor neste trabalho sem marginalizar outras categorias importantes e socialmente construídas como gênero e classe.

Ser negro no Brasil é conviver com os piores indicadores sociais e ter mais chance de ser assassinado pela polícia que uma pessoa branca. Isso é reflexo do racismo que ainda permanece nas sociedades que foram colonizadas.

Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020) salientam que as leis podem promover direitos que dão forma às políticas públicas, mas é preciso ação para dar vida a essas políticas. (COLLINS; BILGE, 2020, p.171).

Para as Nações Unidas o “racismo continua sendo um impulsionador da exclusão, do conflito e da privação em todo o mundo”²

A ex-ministra Luiza Bairro (1996), enfatiza que “um negro é, antes de tudo, um negro, com todas as conotações de subordinação que isto implica, em qualquer parte do chamado Novo Mundo, e a despeito do variado vocabulário utilizado para denominar os descendentes de africanos” (BAIRRO, 1996, p. 1).

Em conformidade a esse pensamento, Achille Mbembe (2018) explica que,

o negro e a raça nunca foram elementos fixos, pelo contrário, sempre fizeram parte de um encadeamento de coisas, elas mesmas inacabadas. [...] Fragmentos de fragmentos sempre novos, esse termo assinalava uma série de experiências históricas dilacerantes, a realidade de uma vida vacante, ameaça assombrosa para milhões de pessoas apanhadas nas redes de dominação racial, de verem seus corpos e pensamentos operados a partir de fora e de se verem transformados em expectadores de algo que, ao mesmo tempo, era e não era a sua própria existência. (MBEMBE, 2018, p14).

Em acréscimo, esse autor nos revela a origem e o propósito do termo negro. Para Mbembe, o negro é,

Produto de um maquinário social e técnico indissociável do capitalismo, de sua emergência e globalização, esse termo foi inventado para significar exclusão, embrutecimento e degradação, ou seja, um limite sempre conjurado e abominado. Humilhado e profundamente desonrado, o negro é, na ordem da modernidade, o único de todos os humanos cuja carne foi transformada em coisa e o espírito em mercadoria — a cripta viva do capital (*idem*).

² Nações Unidas, op. cit, WILLIAMS & PRIEST, 2015, p.130

Sílvio de Almeida (2019) ressalta que “as referências à “bestialidade” e “ferocidade” associadas aos seres humanos de determinadas culturas, incluindo suas características físicas relacionadas a animais ou mesmo a insetos é uma tônica muito comum do racismo e, portanto, do processo de desumanização que antecede práticas discriminatórias ou os genocídios até os dias de hoje. (ALMEIDA, 2019, p.23).

Há evidências empíricas que mostram que os estereótipos utilizados para caracterizar a população negra causam sérios danos à saúde dessa população.

O impacto do racismo na saúde tem sido tema de pesquisas recentes de saúde pública, especialmente nos países que foram colonizados e em regiões ou estados específicos que foram alvos de políticas segregacionistas, denominadas de *redlines*, em algumas regiões dos Estados Unidos.³

As pesquisas revelam que o racismo estrutural e os estereótipos causam diversos tipos de doenças nos grupos étnicos-raciais, como baixa autoestima, obesidade, consumo abusivo de álcool, hipertensão, doenças cardiovasculares, especialmente em mulheres e meninas, sofrimento psíquico, entre outras doenças.

Além disso, de acordo com os estudos de David R. Williams (2015) da universidade de Harvard, dos Estados Unidos e Naomi Priest (2015), da Universidade Nacional Australiana, publicados na *Harvard Magazine*, “a ameaça de estereótipo pode prejudicar a qualidade da relação entre médico e paciente por afetar a capacidade do indivíduo de comunicar-se podendo levar à falta de atenção às informações fornecidas pelo profissional de saúde”. (Williams; Priest, 2015, p. 152).

Sílvio de Almeida (2019) observa que de acordo com os estudos de Gunnar Myrdal (1944) a situação da população negra poderia ser explicada pelo que denominou de “causas cumulativas”, isso significa que a discriminação racial no acesso a determinado bem público pode causar a desigualdade social de determinado grupo em relação aos outros. Para ilustrar seu argumento, ele cita a discriminação dos negros no acesso à educação que poderia causar-lhes dificuldades para conseguir trabalho, o que resultaria em menor poder aquisitivo [...] (MYRDAL, 1944 apud ALMEIDA, 2019, p.125).

³ Termo derivado de mapas codificados por cores e treinamento usado pelo governo dos EUA nas décadas de 1930 até 1968 para orientar políticas discriminatórias de empréstimos imobiliários. Essas políticas moldaram e continuam a influenciar decisões políticas e de investimento público em todo país. (HARVARD PÚBLIC HEALTH, 2022). Para saber mais, acesse: <https://harvardpublichealth.org/equity/what-science-tells-us-about-structural-racisms-health-impact/>.

Estudos produzidos por Naomi Priest e David R. Williams (2015) publicados na Harvard Magazine, mostram que “a saúde dos grupos étnicos-raciais se registra no surgimento precoce de enfermidades, na maior gravidade e progressão das doenças nos altos índices de comorbidades e de incapacitações no decurso da vida, além de elevados índices de mortalidade”. (PRIEST; WILLIAMS, 2015, p. 126).

Isso ocorre em virtude de os grupos socialmente estigmatizados enfrentarem déficits de acesso aos serviços de saúde e má qualidade na atenção. O estudo também aponta o racismo e o preconceito como fatores determinantes para a má qualidade no atendimento de saúde dessa população. (*Idem*).

O Brasil tem apresentado altos índices de mortalidade materna evitável. E quando se utiliza o recorte de raça/cor na extração dos dados, as taxas de mortes maternas obstétricas de mulheres negras e pardas no país são desmesuradamente mais altas que as taxas de mortalidade materna de mulheres brancas. Há décadas que o Brasil está convivendo com essa dramática situação oscilando entre avanços e retrocessos.

Márcia Soares, especializada em *advocacy* feminista, destaca que apesar dos avanços conquistados nos últimos trinta anos, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos não houve avanços. Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, e divulgada no Portal Humanista, sobre violência obstétrica apontou que uma a cada quatro mulheres relatou ter sido vítima de violência obstétrica. Em 2012, a Pesquisa “Nascer no Brasil”, da Fundação Oswaldo Cruz destacou que 45% das mulheres atendidas no SUS e 30% das mulheres atendidas nos hospitais particulares, respectivamente, afirmaram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica. (PORTAL HUMANISTA, 2022).

Conhecer as tristes estatísticas não são suficientes para compreendermos essa grave questão de saúde pública no Brasil. Por isso, esperamos que a abordagem interseccional possa tirar das sombras algumas condicionalidades que eventualmente poderiam estar sendo negligenciadas no desenho das políticas públicas. Nesse sentido, este trabalho se justifica em virtude de a mortalidade materna no Brasil ser um problema persistente e que já resultou na condenação do Brasil por um órgão das Nações Unidas em 2011. O fato foi denominado de “Caso Alyne Pimentel”, que em 2022 completou duas décadas. Esse foi o primeiro caso no mundo, de condenação de um país por mortalidade materna.

A condenação do Estado Brasileiro pelo Comitê de Monitoramento da Convenção para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (CEDAW/ONU) representa um marco histórico, pois foi a primeira vez que um país foi condenado pela ocorrência de morte materna

evitável, em um órgão internacional de direitos humanos. Outros aspectos que tornam esse caso emblemático são os múltiplos artigos violados, nos termos da Convenção CEDAW. O Comitê CEDAW “considerou que Alyne Pimentel sofreu discriminação não apenas de gênero, mas também com base na sua condição de mulher afrodescendente e advinda de grupo socioeconômico não privilegiado”. (RELATÓRIO BRASILEIRO, 2014, p. 1-2).

As negligências ocorridas no atendimento médico a Alyne Pimentel foram determinantes para levá-la a óbito. Ademais, o Brasil é signatário dos principais instrumentos de direitos humanos e, por isso, está obrigado, por força desses dispositivos, a apresentar periodicamente, ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, informações acerca da implementação dos compromissos assumidos. Em relação à condenação do Brasil pelo Comitê CEDAW, esse órgão fez uma série de recomendações ao país, que foram sistematicamente monitorados pelos peticionários do caso e pelo próprio Comitê que cobrava respostas sobre a efetivação das recomendações, que consistiram em: realizar reparações materiais e simbólicas, capacitar os profissionais de saúde, especialmente sobre os temas de direitos humanos e saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade materna evitável, aprimorar as políticas de saúde no que tange à saúde reprodutiva das mulheres e desenvolver ações voltadas para a gravidez de risco, dentre outras.

De modo geral, o objetivo deste trabalho consistiu na análise da responsabilidade do Estado brasileiro na proteção dos direitos humanos e, de modo específico tratou de examinar em que medida o Estado brasileiro tem envidado esforços para cumprir com as recomendações do Comitê CEDAW com vistas a evitar a repetição desse fato.

Além disso, foram analisadas iniciativas visando o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) no que tange à redução da mortalidade materna evitável (meta 3.1) compromisso firmado pelo país no âmbito das Nações Unidas em 2015.

Partimos da hipótese que os discursos racistas e as práticas discriminatórias do cotidiano induzem à naturalização do racismo na sociedade brasileira, refletindo nas instituições e nas políticas públicas, fazendo com que os agentes públicos não priorizem a temática do racismo, tampouco a agenda relativa às questões de saúde sexual e reprodutiva. As teorias que historicamente negaram e negam a existência do racismo no país, bem como as práticas machistas, sexistas, misóginas vão se cristalizando na sociedade brasileira fazendo com que essas questões não sejam tratadas com relevância no âmbito governamental.

O método de pesquisa utilizado neste trabalho consistiu em estudos e pesquisas historiográficas interdisciplinares, informações qualitativas e quantitativas oriundas das agências das Nações Unidas, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, além de informações apresentadas nos relatórios da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) e outras instituições que trabalham com essa temática relativa à mortalidade materna. Os dados quantitativos foram referentes ao período de 2002 a 2022, com vistas à análise comparativa da Razão de Mortalidade Materna (RMM) ao longo desse período. Cabe reiterar que esse marco temporal se refere aos vinte anos da morte de Alyne da Silva Pimentel.

Em referência a estratégia metodológica, este estudo concentrou-se no marco conceitual relativo à colonialidade do poder e à interseccionalidade (termos que estão diretamente imbricados) com vistas a refletir sobre os elementos que se sobrepõem ao fenômeno da mortalidade materna evitável. Cabe destacar que o fator raça teve maior centralidade neste estudo, por ser um importante marcador das mortes maternas do país.

Horkheimer sublinha que “um argumento interseccional explicaria as mudanças nas relações de poder como determinada pela atuação humana por meio de sistemas múltiplos e interdependentes” [...]. (HORKHEIMER, apud COLLINS, 2022, p. 118).

Neste sentido, o enfoque deste trabalho levou em conta as dimensões históricas em relação à construção das relações de poder entranhadas nas instituições sociais que geram opressão, discriminações e exclusões como, por exemplo, nas instituições de saúde pública, que são um dos locais onde se evidenciam as assimetrias sociais. A análise interseccional colocou em evidência os sistemas de poder que resultam em discriminação das populações vulneráveis por motivos de raça, cor, etnia, classe social, gênero e localização geográfica. Esses elementos estão intimamente relacionados resultando em grandes disparidades no acesso ao atendimento à saúde em virtude de práticas discriminatórias e excludentes.

2 A INTERSECCIONALIDADE COMO TEORIA SOCIAL CRÍTICA

O Sociólogo britânico Kehinde Andrews (2023), em sua obra “A Nova Era do Império” (Companhia das Letras) ressalta que “pensar de forma interseccional é reconhecer que não há como entender a sociedade por completo sem compreender o entrelaçamento de opressões que dão forma à desigualdade. As raízes deste conceito encontram-se na Teoria Crítica da Raça, no feminismo negro e no *Combahee River Collective*⁴. (ANDREWS, 2023, p.21).

Estudiosas feministas como Kimberlé Crenshaw, Patricia Hill Collins, Mikki Kendal foram as pioneiras que utilizaram as dimensões desse conceito em suas produções sobre opressão. (*Idem*).

Desse modo, a interseccionalidade surge do enfoque das mulheres negras sobre a desigualdade. Como ressalta Kehinde, nessa perspectiva não é possível “remover o racismo do modo de pensar a interseccionalidade”. (*Idem*, p.20).

Além do racismo, outras dimensões como gênero, etnia, classe social são fundamentais para a compreensão da desigualdade social das sociedades. Entretanto, como sublinha Kehinde,

é essencial entender como o patriarcado foi indispensável para moldar o mundo moderno. Ele sublinha que acadêmicos tinham a tendência de destacar a classe como o prisma básico para a compreensão da sociedade. Mas, no capitalismo, as relações de classe são produzidas a partir da lógica colonial do imperialismo ocidental. (*Ibidem*, p. 22).

Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020) nos fornecem uma explicação sobre o aspecto prático da interseccionalidade. Segundo essas autoras,

Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. A definição prática descreve o principal entendimento da interseccionalidade, a saber, que, em determinada sociedade, em determinado período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por

⁴O Coletivo *Combahee River* foi uma organização feminista negra e lésbica ativa em Boston, entre 1974 e 1980. Para saber mais sobre esse movimento acesse: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/159864-Texto%20do%20artigo-357814-1-10-20190712.pdf>

exemplo, não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes. De fato, essas categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social. (COLLINS; BILGE, 2020, p. 20).

Em outra obra, “Bem mais que Ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica, Patrícia Hill Collins (2022) ressalta que a interseccionalidade passou a ter relevância e aceitação no contexto de intensas mudanças sociais ocorridas no século XX, como as lutas anticoloniais nos continentes africano, asiático e na América Latina, bem como pelo fim do regime de segregação racial na África do Sul (apartheid) e outras formas de dominação de longa data. Ela observou que todas essas formas de dominação e opressão evidenciaram que as desigualdades sociais, bem como os problemas sociais delas decorrentes, iriam perdurar por muito tempo.

Nesse sentido,

surgiu uma nova forma de olhar para as assimetrias sociais bem como para as possibilidades de mudanças. Os problemas causados pelo colonialismo, pelo racismo, o sexismo e pelo nacionalismo passaram a ser vistos como problemas interconectados criando assim, uma nova perspectiva para possíveis mudanças sociais. (COLLINS, 2022, p. 15).

Desse modo, “a interseccionalidade surgiu então desse contexto e o que era no passado, noções difusas e sem conexões com os problemas sociais e ideias, se tornaram ideias centrais para a interseccionalidade como forma reconhecida de investigação e práxis crítica”. (*Idem*).

De forma genérica, Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020) descrevem que “a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana”. (COLLINS; BILGE, 2020, p.20).

Carla Akotirene (2019) observa que a “interseccionalidade instrumentaliza os movimentos antirracista, feministas e as instâncias protetoras dos direitos humanos a lidarem com pautas das mulheres negras”. (AKOTIRENE, 2019, p. 48).

É importante salientar que a abordagem interseccional do racismo, gênero, raça e outros elementos é essencial para a compreensão do modo como o poder, em suas diferentes formas, opera com vistas a oprimir, subjugar, escravizar e até anular a essência de determinados seres humanos para impor uma ordem capitalista ao mundo. Assim, uma profusão de teorias filosóficas racistas, do iluminismo, e outros modelos epistemológicos

foram usados para justificar uma ordem moral sustentada em um padrão de autoridade e hierarquização dos seres humanos baseada na inferioridade racial.

Cida Bento (2022) destaca “que os estudos de Frantz Fanon problematizam a continuidade simbólica e institucional das relações coloniais de dominação, mesmo após o processo de independência formal das nações”. (BENTO, 2022, p. 26).

Collins observa que uma análise interseccional que trata das relações de poder, também perceberia expressões múltiplas e interdependentes de desigualdade, econômica, social, sexual, racial, e de gênero, por exemplo, em suas organizações e impactos, embora universais, em sua realidade material”. (*Idem*).

Em harmonia com essa perspectiva, Segato (2022) pondera que:

a perspectiva do poder e do saber que andam muito juntas e é inaugurada por Aníbal Quijano. Trata-se de um dos raros modelos de compreensão da história e da sociologia surgidas na América Latina que cruzam fronteiras, a fronteira Norte-Sul no sentido contrário, ou seja, que levará categorias teóricas do Sul para o Norte, apesar de serem apresentadas em uma língua que quase não tem influência global no campo das ideias. (SEGATO, 2022, p. 232).

Por fim, Júlia Ignácio (2020) em seu artigo publicado na *homepage* Politize! explica que a terminologia interseccionalidade é “um conceito preocupado com as interações e marcadores sociais na vida das minorias”, uma vez que possibilita a percepção da relação entre os vários sistemas de opressão. (POLITIZE, 2020).

Adicionalmente, a autora esclarece que foi somente em 1989 que a feminista estadunidense, Kimberlè Crenshaw, sistematizou o termo e definiu interseccionalidade como:

a conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Trata-se especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento [...] (*Idem*)).

Dito de outro modo, é a busca da compreensão de como esses sistemas de opressão impactam na vida das pessoas em suas singularidades e “diferenças de gênero, cor da pele, idade, altura [...] muitos indivíduos ou grupos, apenas por pertencerem a essas “categorias”, sofrem de discriminação e preconceitos. (*Ibdem.*).

O conceito de interseccionalidade emerge a partir de publicações de mulheres negras, especialmente, os estudos de Kimberlé Crenshaw, em 1989, que conforme explica Carla

Akotirene (2019) “Crenshaw utilizou o conceito de teoria crítica da raça e o conceito provisório de interseccionalidade para descrever a localização interseccional das mulheres negras e sua marginalização” [...]. (AKOTIRENE, 2019, p. 46).

Adicionalmente, essa autora destaca, que:

esse termo demarcou o paradigma teórico-metodológico da tradição feminista negra promovendo intervenções políticas, letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo e o sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos específicos às mulheres negras. [...]. É o padrão colonial moderno o responsável pela promoção dos racismos e sexismos institucionais contra identidades produzidas durante a interação das estruturas, que seguem atravessando os expedientes do Direito moderno, discriminadas à dignidade humana e às leis antidiscriminação”. (*Idem*)

Achille Mbembe (2018) observa que o ato de identificação é a afirmação de si próprio, uma vez que dizer “eu sou” significa, de imediato, que você existe. Assim, a resposta à interpelação “quem é você?”, além de revelar a identidade ao público é também um ato de reconhecer a si mesmo” (MBEMBE, 2018, p.15).

Ele observa que, “uma noção de raça permitia representar as humanidades não europeias como se tivessem sido tocadas por um ser inferior. Seria um reflexo depauperado do homem moderno”. (MBEMBE, 2018, p. 29). Segundo esse autor,

falar delas era, antes de mais nada, assinalar uma ausência — a ausência do mesmo — ou ainda uma presença alheia, a de monstros e fósseis. Se o fóssil, escreve Foucault, é “aquilo que deixa subsistir as semelhanças através de todos os desvios que a natureza percorreu” e se funciona sobretudo como “uma forma longínqua e aproximativa da identidade”, o monstro, por sua vez, “narra, como em caricatura, a gênese das diferenças. No grande quadro das espécies, gêneros, raças e classes, o negro, em sua magnífica obscuridade, representa a síntese dessas duas figuras. Mas o negro não existe enquanto tal. Ele é constantemente produzido. Produzi-lo é gerar um vínculo social de sujeição e um corpo de extração, isto é, um corpo inteiramente exposto à vontade de um senhor e do qual nos esforçamos para obter o máximo de rendimento. Sujeito a corveias de toda ordem, o negro é também o nome de uma injúria, o símbolo do homem confrontado com o açoite e o sofrimento, num campo de batalha em que se opõem facções e grupos social e racialmente segmentados. (*Idem*)

Esse autor destaca que o conceito de raça, que originou das espécies animais, teria alcançado o seu ponto máximo com a concepção filosófica de Hegel. Segundo a concepção hegeliana,

A Razão na História, de Hegel, representa o ponto culminante desse momento gregário. Durante vários séculos, o conceito de raça — que sabemos advir inicialmente da esfera animal — serviu, em primeira linha, para nomear as

humanidades não europeias. O que então se chamava “estado de raça” correspondia, assim se pensava, a um estado de degradação e a uma defecção de natureza ontológica. A noção de raça permitia representar as humanidades não europeias como se tivessem sido tocadas por um ser inferior. Seriam o reflexo depauperado do homem ideal, de quem estariam separadas por um intervalo de tempo intransponível, uma diferença praticamente insuperável. (MBEMBE, 2018, p.29).

O pensamento ocidental baseado em uma epistemologia racista classificou tudo e todos que não pertenciam à Europa como seres degradantes, inferiores, preguiçosos, morosos, fedidos, incapazes intelectualmente, infantis, enfim, buscou-se por meio de uma filosofia eurocêntrica, classificar os indivíduos, atribuindo-lhes, a partir da cor da pele, localização geográfica e clima, os adjetivos mais atrozes. Assim, de acordo com esse sistema de poder e de classificação hierárquica dos demais povos, eles eram constituídos como figuras limitadas e símbolos de uma existência objetificada. Para Mbembe,

A África, de um modo geral, e o negro, em particular, eram apresentados como os símbolos acabados dessa vida vegetal e limitada. Figura excedente em relação a qualquer figura e, portanto, fundamentalmente infigurável, o negro em particular era o exemplo consumado desse ser-outro, vigorosamente forjado pelo vazio, e cujo negativo havia penetrado todos os momentos da existência — a morte do dia, a destruição e o perigo, a inominável noite do mundo. (*Idem*).

Para Hegel, “tais figuras que eram estátuas sem linguagem nem consciência de si; entes humanos incapazes de se despir de uma vez por todas da figura animal, com a qual se confundiam. No fundo, era da sua natureza abrigar o que já estava morto”. (*Ibidem*).

Sueli Carneiro (2023) aponta que a tradição filosófica é parte constitutiva desse “modelo de hierarquia social”. Assim, para Platão, Aristóteles e Santo Agostinho, a escravidão era parte desse mundo em que requeria uma ordem moral e disciplina.

A doutrina religiosa de separação do corpo e espírito foi utilizada para criar hierarquias raciais. O sociólogo Jessé de Souza nos mostra em sua obra “Como o Racismo Criou o Brasil (2021)” que o indivíduo moral foi um construto social e histórico.

Em suas palavras, esse Sociólogo observa que a noção de indivíduo como realidade moral refletida foi produto de condições sociais muito específicas.

Foi uma ideia que teve de ser “inventada”, criada historicamente, e por isso, o estudo da evolução das formas religiosas da moralidade tem importância decisiva. Toda a história do Ocidente, naquilo que ela tem de mais importante e relevante, teve sua origem na criação de uma ideia de indivíduo como instância moral refletida e consciente. (SOUZA, 2021, p.68).

Max Weber considera que o “desenvolvimento de formas religiosas foi a parteira do mundo simbólico secular, por consequência chamado de mundo moderno”. (SOUZA, 2021, apud WEBER, p. 65).

É importante ressaltar esse processo de construção intersubjetiva, especialmente para os propósitos deste trabalho, uma vez que todas as ações individuais e institucionais de racismo e preconceito no Brasil e no mundo estão ancoradas numa moralidade construída há milênios. A classificação dos indivíduos em seres superiores e inferiores está baseada na noção de corpo e espírito sendo o corpo ligado às paixões, aos instintos sexuais e o espírito é a parte superior onde está localizada a razão cujo corpo deve estar subordinado.

Podemos identificar como essa lógica opera na sociedade brasileira, especialmente na violência policial, nas torturas e no assassinato da população negra, especialmente da juventude negra. A violência e o racismo brasileiros estão fortemente enraizados numa razão filosófica que fundou o mundo moderno. A desigualdade de gênero está fundamentada nessa moralidade, sobretudo, a moralidade religiosa cuja ideia de mulher é oriunda do pensamento cristão e tem como parâmetro uma mulher pecadora e desobediente.

O filósofo Kant deu uma grande contribuição para o desenvolvimento e consolidação de uma ideologia racista. Ele criou uma suposta teoria que afirma a inferioridade dos negros e a incapacidade desses indivíduos de elaborar pensamento abstrato, reservando essa capacidade apenas aos homens brancos. Podemos observar que a razão kantiana é fruto da moralidade construída há mais ou menos mil anos antes do cristianismo, como aponta o Sociólogo Jessé de Souza (2021). Ademais, ao definir os negros como não portadores de espírito (razão) no mundo moderno, esse argumento legitima a escravidão dos negros africanos.

Souza (2021) assinala que,

da filosofia grega, mais especificamente do platonismo, o cristianismo herda o seu caminho da salvação peculiar. A partir do século IV, Santo Agostinho passa a interpretar o caminho da salvação de todo cristão nos termos da noção de virtude platônica, ou seja, como uma luta pelo controle do espírito sobre os desejos incontroláveis do corpo.

Platão, por isso, é uma figura central nesse contexto. Ele é o sistematizador da ideia fundamental para a concepção moral que irá dominar o Ocidente, segundo a qual o eu é visto como ameaçado pelo desejo (em si insaciável), devendo, portanto, ser regido pela razão e subordinado a ela. O cristianismo adotou a perspectiva platônica da dominância da razão sobre as paixões, e a santidade e a salvação passaram a ser expressas nos termos da noção de virtude platônica. Desse modo, o caminho da salvação de todo cristão assume a forma de uma luta contra as paixões insaciáveis do corpo – sobretudo o sexo e a agressividade – como a maneira de garantir a vida eterna. (...). Santo Agostinho, ao se apropriar da tradição platônica, engendra uma

novidade radical fundamental para a especificidade do Ocidente e de sua noção de indivíduo: a noção de interioridade. Ou seja, a “invenção histórica”. (SOUZA, 2021, p. 70-71).

A noção de interioridade do indivíduo está baseada na ideia de que há dentro do corpo humano um espaço responsável por nossa vida sentimental, intelectual e moral, que é diferente do espaço que abrigam os nossos órgãos internos. Esse espaço distinto seria a morada da nossa alma e do nosso espírito. Portanto, a ideia de subjetividade construída no Ocidente estaria ancorada nesta concepção denominada de “interioridade”. (*Idem*)

De todas as “teorias” absurdas desenvolvidas no contexto da racionalidade moderna ocidental, é razoável supor que as teorias criadas pelo filósofo Emmanuel Kant não encontram paralelo em termos de perversidade em relação aos indivíduos negros.

O sociólogo Kehinde Andrews (2023), assevera que o filósofo Kant “é um racista violento e cruel que via a humanidade em sua maior perfeição na raça dos brancos”. Ele sublinha que a obra escrita de Kant cobriu a segunda metade do século XVIII, depois do genocídio dos nativos das Américas e durante o auge do comércio transatlântico de escravos”. (ANDREWS, 2023, p.37).

Esse filósofo teria reconhecido os índios amarelos, de origem asiática, como portadores de algum talento. Contudo, em relação aos negros, ele afirmava que eles estariam muito abaixo desses indígenas e que uma parte dos povos americanos, estariam ainda num nível mais baixo. Andrews observa que a crença de Kant de que o negro era “preguiçoso, indolente e moroso”, não foi usada apenas para depreciar as pessoas negras, mas também para justificar a escravidão (*Ibidem*, p. 38).

A perversidade desse filósofo não se revela apenas em suas teorias, mas também na sua pedagogia de ensinar como castigar os negros para torná-los mais produtivos. Andrews salienta que “Kant até usou sua abordagem pseudocientífica para aconselhar a maneira mais eficiente de bater em negros “indolentes” para transformá-los em trabalhadores produtivos” (ANDREWS, 2023, p. 38).

Assim, segundo a sua concepção de disciplina,

era melhor usar um bambu partido em vez de um chicote para que o negro sofra muita dor (por causa da pele grossa do negro, ele não sofreria agonia suficiente com um chicote), mas sem morrer. O sangue precisa encontrar um caminho para sair da pele grossa do negro para evitar uma infecção. (*Idem*).

Além do seu sadismo, esse filósofo, por meio de sua teoria extremamente racista, “explica” as características físicas dos indivíduos negros. De acordo com Andrews (2023),

A explicação de Kant para o surgimento da “negritude” é o exemplo perfeito dessa lógica racial: O crescimento das partes esponjosas do corpo teve que aumentar num clima quente e úmido. Esse crescimento produziu um nariz grosso, virado para cima, e lábios grossos, gorduchos. A pele tinha que ser oleosa, não apenas para diminuir a transpiração pesada demais, mas também para proteger da absorção prejudicial do ar hostil e úmido. A profusão de partículas de ferro, que são encontradas no corpo de todos os seres humanos e, nesse caso, são precipitadas na substância em forma de rede pela evaporação do ácido fosfórico (o que explica por que todos os negros fedem), é a causa da negritude que brilha pela epiderme. (*Ibidem*, p. 39).

Para Aníbal Quijano, a “ordem racista é sinônimo de colonial e eurocêntrico”. Para esse autor, a colonização inventou a raça e é com a colônia que se inicia o processo de racialização do mundo”. Segundo Quijano, no passado havia formas de discriminação entre tribos guerreiras, povos e sociedades. Isso ocorria desde o mundo antigo, contudo, não havia diferenças por raças. [...] “A raça atribui outra natureza aos vencidos. Primeiro, de fundamento naturalista, depois, em termos biológicos, de modo que hoje podemos dizer que há biologização do vencido”. (QUIJANO, apud SEGATO, 2022, p. 260).

Alinhados à visão de Quijano, outro importante autor, Achille Mbembe (2018) faz uma leitura crítica sobre o mundo capitalista ancorado na filosofia política e moral do iluminismo. Ele desenvolve sua análise a partir de uma perspectiva crítica da América Latina em contraposição à visão eurocêntrica que construiu toda estrutura de poder que, segundo ele, moldaram e continua moldando as sociedades. Em sua obra, “Crítica da Razão Negra” (2018), esse autor destaca que a mudança do eixo gravitacional da Europa como centro do mundo abriu novas possibilidades para o pensamento crítico. Desse modo, embora esse acontecimento seja carregado de perigos, abriria também, novas possibilidades”. (MBEMBE, 2018, p.15).

Em sua análise sobre poder universal da Europa, o autor ressalta que,

Europa se instalou progressivamente numa posição de comando sobre o resto do mundo. Paralelamente, ao longo do século XVIII, entraram em cena vários discursos de verdade acerca da natureza, da especificidade e das formas de vida, das qualidades, traços e características dos seres humanos, de populações inteiras diferenciadas em termos de espécies, gêneros ou raças, classificados ao longo de uma linha vertical. Uma vez identificados e classificados os gêneros, as espécies e as raças, resta apenas indicar quais diferenças os distinguem uns dos outros. (*Idem*, p. 28).

Mbembe salienta que foi no século XIX, o período que assistiu a uma biologização determinante da raça no Ocidente associada ao surto colonial na África. Foi também a época

na qual, com a ajuda do pensamento evolucionista darwiniano e pós-darwiniano, estratégias eugenistas foram disseminadas por vários países” [...]. (MBEMBE, 2018, p.32).

A jurista estadunidense Patrícia Hill Collins (2022) sublinha que os corpos foram definidos pelas políticas eugenistas como locais de diferenças imutáveis. Assim, utilizaram as diferenças como categorias de classificação dos corpos atribuindo-lhes um valor social. Os discursos sobre capacidade/incapacidade, normal/anormal foram baseados nessas concepções de diferenças perenes. Segundo essa autora:

Os projetos eugenistas conceituaram o corpo como lugar de diferenças imutáveis e utilizaram essa premissa básica para explicar os fenômenos sociais. Foi fundamental na argumentação eugenista a classificação dos corpos em categorias de diferenças imutáveis, ou seja, permanentes e não sujeitas a mudanças – em outras palavras, os corpos possuem uma natureza essencial única, sendo ou mulher ou homem, ou negro ou branco, ou heterossexual ou homossexual. A diferença imutável e a diferença oposicional trabalharam juntas. Uma vez categorizados os diferentes corpos, os projetos eugenistas os classificaram e lhes atribuíram um valor social. [...]. As incapacidades físicas são mais visíveis em geral, pois é possível vê-las no próprio corpo, mas as incapacidades intelectuais, que residem no interior do corpo, possuem aparentemente uma essência similar. O discurso eugenista usava uma linguagem avaliativa de aptidão e inaptidão, um binômio que conjugava os discursos científicos sobre a anormalidade e normalidade com os discursos morais sobre o normal e o desviante. Argumentando que a incapacidade é construída socialmente, a pesquisa contemporânea no campo dos estudos críticos rejeita essa visão da ciência ocidental (COLLINS, 2022, pp.481-482).

A filósofa Sueli Carneiro (2023) observa que, segundo o pensamento filosófico de Heidegger, o “ser” estaria numa dimensão diferente, da dimensão de raça, cultura e religião. Para esse filósofo, o ser estaria inscrito na dimensão ontológica, que diz respeito ao ser enquanto tal. No entanto, raça, cor, cultura, religião e etnia, estariam na dimensão do “ôntico”, que está relacionada às particularidades do ser humano. Nesse sentido, Carneiro pondera que “o racismo ao reduzir o ser na dimensão ôntica, estaria negando-lhe a condição ontológica e deixando incompleta a sua humanidade”. (CARNEIRO, 2023, p. 34).

Em relação ao patriarcado, Andrews (2023) afirma que ele não teria sido criado pelo imperialismo ocidental, “ainda que o império tenha sido propagado através dele, pela figura de grandes exploradores, como Cristóvão Colombo e Vasco da Gama, que desbravaram os novos mundos e conquistaram os selvagens”. (ANDREWS, 2023, p.23). Esse sociólogo observa que:

O Ocidente é regido pelo patriarcado, mas é construído com base na supremacia branca. Foi a expansão para as Américas e a exploração de corpos racializados e recursos que possibilitou a existência do Ocidente. A Violência foi o ingrediente-

chave para estabelecer o Império Ocidental, e a violência sexual contra as mulheres foi uma ferramenta universal. (*Idem*)

Adicionalmente ele sublinha que,

O racismo está sempre presente, é fato, moldando como nos relacionamos uns com os outros e com a sociedade. E não há maneira de entender como o patriarcado interage com mulheres negras, brancas ou pardas sem levar em conta a lógica colonial do imperialismo ocidental. Por exemplo, o estupro era permitido nas plantações porque mulheres negras eram vistas como sub-humanas, não apenas como propriedade do senhor, mas como bens pessoais sem direitos a serem respeitados. Mulheres brancas também estavam sujeitas ao estupro, mas não há a menor comparação com a violência sexual sistêmica usada contra as escravizadas. (*Ibdem*, p. 27-28)

Muniz Sodré (2023) em sua obra, “O Racismo de Cor” toma de empréstimo a definição foucaultiana de “tecnologia do poder” para refletir sobre o racismo no período colonial e pós-colonial. Para Sodré,

Na sociedade escravista, o racismo era uma tecnologia de poder declarada ou visível, cujo arcabouço consistia em um tríptico de estigmatização/discriminação/segregação, estruturalmente ou sistemicamente inscrito em leis e fatos normativos. Ou seja, não era um fenômeno ideologicamente dependente apenas de doutrinas e discursos, uma vez que estava “naturalizado” pelo arcabouço colonial. A sociedade pós-abolicionista empreende a transição para a modernidade requerida pelo capitalismo industrial (um período que vai da Proclamação da República até a meia década posterior à Segunda Grande Guerra), mas sem abolir cultural ou simbolicamente esse arcabouço, que foi, sim, uma estrutura colonial. (SODRÉ, 2023, p. 37).

Em acréscimo, esse autor destaca que a racialização pós-abolicionista consistiu numa estratégia de construção de divisões sociais internas sustentadas pelas teorias pseudocientíficas, de inferioridade do negro, para atender a interesses econômicos, uma vez que, em função de uma hierarquização social poderia pagar menor salário ao trabalho do negro enquanto homem livre (*Idem*).

Portanto, teorias filosóficas racistas que legitimaram a colonização europeia engendraram a estrutura social brasileira desigual e racialmente marcada. É um processo que se vai se consolidando ao longo de séculos nas estruturas que constituiu o Estado e resultaram em racismo e preconceitos com os seres construídos pela ideologia de homens brancos.

Como nota Silvio de Almeida (2019),

o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes

que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019, p 26).

Almeida ressalta que, embora os conceitos de discriminação racial e preconceito racial se relacionem, há uma distinção entre eles. Como preconceito racial esse autor explica que é “o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias”. A título de ilustração ele observa que considerar negros violentos e inconfiáveis, judeus avarentos ou orientais “naturalmente” preparados para as ciências exatas são exemplos de preconceitos”. (Idem, p. 26-27).

Já a discriminação racial, refere-se a um tratamento diferenciado a grupos que se identificam racialmente utilizando o poder de coerção para estabelecer vantagens ou desvantagens aos grupos radicalizados.

Almeida (2019) sublinha que,

a discriminação racial é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. Portanto, a discriminação tem como requisito fundamental o poder, ou seja, a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça. (Ibidem, p. 27).

Ademais, esse autor observa que a discriminação possui duas formas, podendo ser direta e indireta. Assim,

a discriminação direta é o repúdio ostensivo a indivíduos ou grupos, motivado pela condição racial, exemplo do que ocorre em países que proíbem a entrada de negros, judeus, muçulmanos, pessoas de origem árabe ou persa, ou ainda, estabelecimentos que se recusam a atender clientes de determinada raça. [...]. (Idem, p.).

Por outro lado, a discriminação indireta, pode ser definida como “um processo, no qual situação específica de grupos minoritários é ignorada por meio de regras de “neutralidade” racial (*colorblindness*) sem que se leve em conta a existência de diferenças sociais significativas, como por exemplo, a discriminação pelo direito” [...].

Adicionalmente, Almeida sublinha que a discriminação indireta é,

[...] marcada pela ausência de intencionalidade explícita de discriminar pessoas. Isso pode acontecer porque a norma ou prática não leva em consideração ou não pode prever de forma concreta as consequências da norma. A consequência de práticas de discriminação direta e indireta ao longo do tempo leva à estratificação social, um fenômeno intergeracional, em que o percurso de vida de todos os membros de um grupo social – o que inclui as chances de ascensão social, de

reconhecimento e de sustento material – é afetado. Ainda sobre a discriminação, é importante dizer que é possível falar também em discriminação positiva, definida como a possibilidade de atribuição de tratamento diferenciado a grupos historicamente discriminados com o objetivo de corrigir desvantagens causadas pela discriminação negativa – a que causa prejuízos e desvantagens. Políticas de ação afirmativa – que estabelecem tratamento discriminatório a fim de corrigir ou compensar a desigualdade – são exemplos de discriminação positiva. (*Ibidem*, p.).

Cabe ainda explicitar o caráter sistêmico do racismo, que conforme pondera Almeida (2019),

O racismo, que se materializa como discriminação racial – é definido por seu caráter sistêmico. Não se trata, portanto, de apenas um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas. O racismo articula-se com a segregação racial, ou seja, a divisão espacial de raças em localidades específicas – bairros, guetos, bantustões, periferias etc. – e/ou à definição de estabelecimentos comerciais e serviços públicos – como escolas e hospitais – como de frequência exclusiva para membros de determinados grupos raciais, como são exemplos os regimes segregacionistas dos Estados Unidos, o apartheid sul-africano (...). (*Idem*, p.28).

Desse modo, como nota Almeida (2019), em torno das concepções de racismo há ainda as classificações de racismo individual, institucional e estrutural, que obedecem a alguns critérios relacionais, a saber: a relação entre racismo e subjetividade; a relação entre racismo e Estado e a relação entre racismo e economia (*Idem*, p. 30).

O autor ainda adverte para as diferenças que há entre os termos institucional e estrutural, que muitas vezes são usados como sinônimos. Entretanto, ele observa que os conceitos de “instituição e estrutura são centrais para descrever diferentes fenômenos sociológicos”. Assim, os termos “institucional” e “estrutural” expressam “dimensões específicas do racismo com significados e impactos analíticos e políticos”. (*ibidem*, pp.28-29.).

Antes, porém, de descrever essas duas concepções sociológicas é importante apresentar como o fenômeno do racismo individual é caracterizado. Para Almeida, o racismo individual é concebido como:

uma espécie de “patologia” ou anormalidade. Seria um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual ou coletivo, atribuído a grupos isolados; ou, ainda, seria o racismo uma “irracionalidade” a ser combatida no campo jurídico por meio da aplicação de sanções civis – indenizações, por exemplo – ou penais. Por isso, a concepção individualista pode não admitir a existência de “racismo”, mas somente de “preconceito”, a fim de ressaltar a natureza psicológica do fenômeno em detrimento de sua natureza política. Sob este ângulo, não haveria sociedades ou instituições racistas, mas indivíduos racistas, que agem isoladamente ou em grupo.

Desse modo, o racismo, ainda que possa ocorrer de maneira indireta, manifesta-se, principalmente, na forma. (*Idem*, pp. 29-30).

No caso do racismo individual, Silvio de Almeida (2019) observa que se trata de ações de indivíduos racistas contra grupos ou indivíduos racializados. Assim, a ação é mais facilmente percebida pela sociedade, diferente do racismo institucional, que opera de forma mais sutil, mas possui a mesma capacidade destrutiva. Desse modo, o tomando de empréstimo o conceito de racismo individual empregado por Charles V. Hamilton e Kwame Ture, na obra *Black Power: Politics of Liberation in America*, Almeida sublinha que o racismo individual “consiste em atos evidentes de indivíduos, que causam morte, ferimentos ou a destruição violenta de propriedades”. Geralmente são indivíduos brancos agindo contra indivíduos negros por meio de ações diretas, lançadas contra indivíduos ou grupos racializados. Esse tipo de racismo está ligado a aspectos comportamentais e psicológicos (ALMEIDA, 2019, apud, p.30).

Em acréscimo Almeida salienta que,

por tratar-se de algo ligado ao comportamento, a educação e a conscientização sobre os males do racismo, bem como o estímulo a mudanças culturais, serão as principais formas de enfrentamento do problema. O racismo é uma imoralidade e também um crime, que exige que aqueles que o praticam sejam devidamente responsabilizados, disso estamos convictos. Porém, não podemos deixar de apontar o fato de que a concepção individualista, por ser frágil e limitada, tem sido a base de análises sobre o racismo absolutamente carentes de história e de reflexão sobre seus efeitos concreto. É uma concepção que insiste em flutuar sobre uma fraseologia moralista inconsequente – “racismo é errado”, “somos todos humanos”, “como se pode ser racista em pleno século XXI. (...)”. No fim das contas, quando se limita o olhar sobre o racismo a aspectos comportamentais, deixa-se de considerar o fato de que as maiores desgraças produzidas pelo racismo foram feitas sob o abrigo da legalidade e com o apoio moral de líderes políticos, líderes religiosos e dos considerados “homens de bem”. (*Idem*).

Sílvio de Almeida compreende o racismo como decorrente da estrutura social, pois está ligado ao modo como são constituídas as relações políticas, econômicas, jurídicas e familiares. Assim, não seria possível compreendê-lo apenas como uma decorrência dos “sistemas político e econômico, mas é preciso levar em conta também a dimensão ideológica, ou seja, a capacidade das instituições, em especial, o Estado, de produzir narrativas que acentuem a unidade social, apesar das fraturas como a divisão de classes, o racismo e o sexismo”. (*Ibidem*, p. 44).

Em acréscimo, esse autor observa que “o racismo é parte da dimensão política e do exercício do poder, uma vez que, o Estado atua na construção e reconstrução de um

imaginário social de unificação ideológica.” Desse modo, “o racismo é também produtor de subjetividades”, posto que a consciência dos afetos estaria conectada com as práticas sociais que constituem os sujeitos de modo a não se sentirem abalados diante da discriminação, e da naturalização da desigualdade entre pessoas brancas e não brancas. Silvio afirma que “o racismo não conseguiria se perpetuar se não houvesse uma explicação racional para a desigualdade racial”. (*Idem*, p.51).

Contudo, na abordagem institucional, o racismo é considerado “como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda, que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça”. (*Ibidem*, p.30-31).

Hanna Arendt, nos chama atenção para a centralidade do elemento racial na dinâmica de desenvolvimento dos países europeus. Para essa filósofa, “foi a ideologia racial e não a classe, que acompanhou o desenvolvimento da comunidade das nações europeias até se transformar-se em arma que destruiria essas nações” (ARENDR, *op. cit.* CARNEIRO, 2023, p. 38).

Muniz Sodré (2023) em sua obra “O Fascismo da Cor” ressalta as diferenças entre o racismo do período colonial e o racismo após a abolição dos escravos. Segundo esse autor,

Na sociedade escravista, o racismo era uma tecnologia de poder declarada ou visível, cujo arcabouço consistia em um tríptico de estigmatização/discriminação/segregação, estruturalmente ou sistemicamente inscrito em leis e fatos normativos. Ou seja, não era um fenômeno ideologicamente dependente apenas de doutrinas e discursos, uma vez que estava “naturalizado” pelo arcabouço colonial. [...] A racialização pós-abolicionista era uma estratégia endocolonial de construção de fronteiras sociais internas, ideologicamente respaldada por saberes pseudocientíficos sobre a inferioridade antropológica do negro, assim como por interesses econômicos, no sentido de atribuir menor valor salarial à sua força de trabalho como homem livre. (SODRÉ, 2023, p. 37-38)

Diante do exposto, é possível compreender que o racismo, o genocídio, as violências de todo tipo, são o amálgama que constituiu a nossa sociedade e forjou um sistema político, econômico e social opressor, racista e desumano. A estrutura desigual da sociedade brasileira é racialmente marcada e os marcadores raciais refletem em todos os momentos da vida dos indivíduos negros e indígenas, traduzindo-se em assassinatos, torturas e exclusões e mortes.

O Caso Aline Pimentel ilustra bem como os saberes pseudocientíficos continuam vivos na sociedade brasileira contemporânea, formatando consciências, criando segregações, discriminação e morte. Aline Pimentel era uma mulher negra, moradora em uma favela no Rio de Janeiro. Suas condições socioeconômicas, bem como a sua cor da pele, a impediram de

ter um acompanhamento médico adequado em seu pré-natal, no parto e no pós-parto, o que resultou no seu falecimento e na morte do seu bebê.

Através do conhecimento do processo de construção de subjetividades fundamentadas numa moralidade religiosa e filosófica que inferiorizam as pessoas que não são brancas, podemos compreender o comportamento dos profissionais de saúde que não sentiram nem ao menos compaixão com o sofrimento de uma mulher que sangrava e agonizava numa unidade hospitalar sem receber os cuidados necessários para aplacar seu sofrimento e salvar sua vida e a vida de seu bebê.

Ao longo deste trabalho pretendemos elucidar como esses valores e categorias classificatórias dos sujeitos se relacionam com o nosso objeto de estudo.

Ou seja, como esses elementos de poder e opressão ainda repercutem na vida das pessoas negras, fazendo com que elas fiquem em desvantagens em relação aos brancos em todos os indicadores sociais. Na saúde, elas são as pessoas que mais perdem a vida em razão da falta de atendimento ou do atendimento precário.

O Sociólogo Jessé de Souza (2021) sublinha que a colonização portuguesa e espanhola criou a necessidade de formular o racismo global como doutrina, pois segundo ele, “não existe dominação possível sem um processo de justificação simbólica que a torne legítima seja para quem exerce, seja para quem sofre”. (SOUZA, 2021, p. 140).

A construção do Estado brasileiro está alicerçada no sistema escravista cuja operação se deu no tráfico de negros que foram forçados por mercadores europeus, emprego da violência brutal, a abandonar seus países para viver ou morrer sob os grilhões dos Senhores de Engenho, na Colônia brasileira.

Portanto, não podemos ignorar esse importante período da nossa história que foi a colonização, no desenvolvimento de políticas de combate ao racismo e construção de cidadania. Pois ainda vivemos sob a lógica da opressão baseada na oposição entre corpo e espírito e no reconhecimento do negro como mercadoria. Jessé de Souza (2021) destacou que “os diversos racismos possuem a mesma gramática e o mesmo modo de operação. Desse modo, precisamos compreender qual de suas formas é a mais geral e a mais abrangente” (SOUZA, 2021, p.138-139.).

No Brasil, podemos constatar que apesar das diversas formas de racismo que continuam vigentes no país, o racismo não ocupou a centralidade necessária nos estudos que buscam compreender as desigualdades crônicas do país e buscar uma solução efetiva. Souza assinala, que,

O racismo multidimensional ressalta que a articulação entre os racismos de classe e raça no caso do Brasil permite ao racismo racial comandar todo o processo de dominação social e política que explica a vida social e política brasileira como nenhuma outra variável. Como o racismo de classe é tornado invisível, são os estereótipos do racismo racial que assumem o comando de todo o processo de subordinação, humilhação e exclusão social da sociedade brasileira. (SOUZA, 2021, p. 136).

Em geral, nos trabalhos de pesquisa que buscam compreender e explicar as desigualdades sociais e o subdesenvolvimento do Brasil, as dimensões de classe e gênero são superincluídas nesses estudos, enquanto a dimensão do racismo fica subincluída ou marginalizada nas abordagens, como aponta Crenshaw (2002), em seus estudos sobre interseccionalidade. Por isso, enfatizamos a dimensão do racismo neste trabalho e tentando desvelar sua gênese para compreendermos que as ideias que sustentaram o racismo no passado ainda estão bem vivas na nossa sociedade. Charles Will (2013) em seu trabalho denominado “Contrato de dominação”, sugere que a tarefa é repensar (à luz das estruturas de dominação) o que seria necessário para que os subordinados concretizem sua “individualidade”.

Na obra de Vera Lúcia Amaral Ferlini e Maria Fernanda Bicalho (2005) “Modos de governar: ideias e práticas políticas no império português”, no capítulo “Conectando historiografias: a escravidão africana e o Antigo Regime na América portuguesa” Silvia Lara Hunold nota que foi a partir da década de 1980, que surgiram novas interpretações questionando as narrativas das historiografias vigentes até a década de 1960. Houve mudanças nas interpretações e um novo redimensionamento das abordagens para além das interpretações da “administração da Colônia portuguesa e daquelas que sublinharam a descontinuidade dos períodos pré e pós-colonial”.

Construir novas abordagens que problematizem o racismo em todas as suas dimensões é de suma importância para colaborar com o desenvolvimento de políticas e programas focadas nas desigualdades raciais.

Apresentamos como foi construída a ideia de sujeito e por consequência as hierarquias raciais que ainda predominam em nossa sociedade na forma de discursos e práticas sociais. Jessé de Souza argumenta que o racismo não está ligado somente a cor da pele. Essa é a forma mais óbvia da dominação e da opressão social que podemos perceber na vida cotidiana.

Souza enfatiza que, no Brasil, o racismo é reproduzido com novas máscaras como o descaso e o prazer escravocrata de humilhar e oprimir e, por conta disso, toleramos a existência de subgente [...] (SOUZA, 2021, p. 129).

O racismo, como mostramos, está arraigado em todas as nossas instituições brasileiras.

Ademais, como já foi exposto, o Estado e as demais instituições sociais, são produtores de subjetividades e são responsáveis pela produção das clivagens raciais. O Estado opera por meio de omissão e, ou, no desenvolvimento de políticas que negam o direito à cidadania e emancipação dos grupos racialmente excluídos.

O Caso Alyne Pimentel é uma clara evidência do quanto o racismo está cristalizado nas instituições públicas criando obstáculos para o acesso aos serviços de saúde de qualidade. Sem essa compreensão, o Brasil não vai conseguir reduzir as mortes maternas evitáveis, uma vez que se os programas e políticas não focarem no racismo enquanto produtor de mortes, todas as iniciativas terão efeitos nulos. Talvez seja por isso que tivemos grandes retrocessos em todos os indicadores sociais nos últimos anos.

A inclusão social no Brasil só será possível quando forem removidas todas as barreiras, especialmente o racismo, que limitam o acesso aos bens e serviços garantidos a todos pela Constituição Federal de 1988.

3 O DIREITO HUMANO À SAÚDE E O CASO ALYNE PIMENTEL

O direito à saúde no Brasil é algo bem recente. Foi somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal que esse direito foi garantido a todos os brasileiros sem a exigência de vinculação formal ao contrato de trabalho ou qualquer outra condicionalidade. Antes desse período havia no país um déficit de cidadania. Tomando de empréstimo o conceito de Milton Santos, a “cidadania era mutilada”.

Historicamente a saúde da população brasileira foi tratada como mercadoria. Os interesses econômicos sempre estiveram acima dos interesses da coletividade no desenvolvimento das políticas públicas. O pacto realizado entre as oligarquias agrárias, as elites na transição colonial para o Estado Republicano deixaram a grande maioria da população brasileira fora desse pacto. O Estado brasileiro atuou ao longo da história para garantir os privilégios e interesses das classes sociais mais abastadas deixando à margem do aparato estatal a maioria da população sem os meios necessários para prover a sua subsistência.

O processo de colonização provocou o extermínio das populações nativas e o assassinato da população negra através do emprego brutal da violência e da disseminação de diversas doenças até então desconhecidas da população nativa do Continente Americano.

Na obra “A Política de Saúde no Brasil: apontamentos didático-pedagógico”, Gabriel Evangelista et al. (2021) faz uma importante reflexão sobre o quão prejudicial foi o encontro dos colonizadores europeus e os povos originários do continente Americano. Ele observa que, além do choque cultural e da violência a que foram submetidas essa população, a principal arma de destruição desses povos foi a peste que os europeus disseminaram em todos os lugares por onde passavam, deixando um rastro de morte.

O renomado antropólogo, historiador e sociólogo brasileiro, Darcy Ribeiro (2022) levanta alguns aspectos que resultaram do encontro dos europeus com os povos nativos no Novo Mundo, assinalando que “do encontro entre indígenas, brancos e negros resultou no que nós somos hoje”. O sociólogo sublinha que foi um encontro, mas sobretudo, um confronto entre valores e crenças sobre o mundo, as doenças e o modo de lidar com o doente. O sociólogo destaca que:

[...] a branquitude trazia da cárie dental à bexiga (varíola) como também outras doenças tais como coqueluche, tuberculose e o sarampo. Desse modo, desencadeia-se desde o primeiro momento, “uma guerra biológica”, pois, de um lado, havia os

povos que já tinham sido acometidos com essas doenças e desenvolvido resistências e, do outro, povos indefesos que morriam em grandes quantidades.

Esse é o modo como a civilização se impõe, primeiro, pela epidemia de pestes mortais e depois, pela dizimação através de guerras de extermínio e da escravização. (...) Mais que as espadas e os arcabuzes, as grandes armas da conquista, responsáveis pela população de indígenas no Brasil, foram as enfermidades desconhecidas dos índios com que os invasores os contaminaram”. (RIBEIRO, apud NARVAI, 2022, p. 22).

No início do século XVI, o baixo conhecimento científico relativo à transmissão e tratamento dessas doenças e não podendo contar com a ajuda para a cura dos doentes, as populações primitivas tinham que procurar diversas formas de tratamentos para suas enfermidades baseadas em suas cosmovisões. Neste sentido, a população negra e a população indígena utilizavam as plantas, ervas, rezas e “feitiços”, como procedimentos terapêuticos para curar suas enfermidades. Porém, a população que tinha recursos para pagar um profissional daquela época podia contar com procedimentos avançados para o tratamento das doenças que os acometiam como, por exemplo, a aplicação de sanguessugas, que era procedimento bem comum na Europa.

Nem mesmo no contexto de graves epidemias, que dizimavam os povos originários, os agentes públicos da época não tiveram preocupação com a saúde da coletividade. De acordo com Darcy Ribeiro (1995) em cartas escritas pelos portugueses, havia relatos que apontavam que “de cerca de 40 mil índios atacados por varíola restaram apenas três mil sobreviventes. Os índios morriam feito moscas”. (*Idem*, p. 23).

Adicionalmente, Gabriel Evangelista aponta que,

O Brasil, desde o descobrimento até a instalação do império não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do Governo colonizador, sendo o cenário de descaso para com a saúde. [...] as pessoas adoeciam e morriam em suas casas, em instituições filantrópicas ou simplesmente ao léu, como morrem os animais. (EVANGELISTA et al, 2021, p. 07).

Somente quando as doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas começaram a ameaçar os empreendimentos comerciais dos colonizadores devido aos boicotes dos países estrangeiros aos produtos brasileiros, foi que o governo desenvolveu algumas ações para controlar a propagação das doenças e evitar prejuízos econômicos. Essas iniciativas ocorreram, sobretudo, após o surto de sarampo em meados do século XVII, que provocou uma grave crise demográfica e econômica. (*Idem*, p. 9).

O grau de letalidade das enfermidades era muito alto sobretudo para os negros e índios. Narval (2020) observa que, em 1549, no estado da Bahia, para onde eram enviados os Governadores-Gerais, a varíola matava essas populações, mas poupava a vida dos portugueses, que teriam adquirido certa resistência à doença. Adicionalmente, ele destaca que, de acordo com o sociólogo Darci Ribeiro, de 1562 a 1563 uma dessas epidemias, matou mais de trinta mil índios e negros em apenas três meses. Isso representava mais de um quarto da população indígena dos arredores de Salvador e que no conjunto a população avaliada em oitenta mil pessoas foi reduzida a menos de dez mil. (RIBEIRO, apud NARVAI, 2022, p. 42).

Junto às epidemias de varíola, se somaram outras de febre maligna, completando o quadro de destruição. De aproximadamente cinco milhões de indígenas em 1500, teriam restado apenas quatro milhões um século depois, dizimados pelas epidemias”. (*idem*)

Ailton Krenak corrobora com o Sociólogo e explica que “o simples contágio do encontro entre humanos daqui e de lá fez com que essa parte da população desaparecesse pelo fenômeno da epidemia causando uma mortandade de milhares e milhares de seres”. (KRENAK, 2022, apud NARVAI, p 42).

Mesmo com esse genocídio, as práticas sanitárias no âmbito do Estado se referiam ao provimento de água, ações de saneamento e a autorização para o exercício da saúde e outras medidas neste campo, como fiscalização e a higiene dos portos. A preocupação das autoridades se limitava a preservar a saúde dos produtos exportados com vistas a evitar boicotes dos países importadores. Desse modo, as primeiras instituições sanitárias que surgiram no Brasil tinham como objetivos específicos evitar maiores prejuízos na incipiente economia colonial.

No período republicano, Evangelista *et al* (2021) salienta o modelo de organização das instituições de saúde que vigorou nesse período foi denominado “sanitarista campanhista”. Esse modelo era voltado para a educação sanitária. O propósito era “ensinar a população a combater alguns vetores que traziam doenças, como mosquitos, ratos, barbeiros, visando à organização e a higienização dos espaços humanos”. (EVANGELISTA *et al.*, 2021, p.12).

Adicionalmente, os autores ressaltam que:

O trabalho de saúde pública brasileiro no final do século XIX e início do século XX, consistiu essencialmente, no saneamento dos portos mantendo as boas condições de saúde para não prejudicar as exportações nas cidades de Santos, Recife e Salvador. Nesse sentido, combater a varíola com vacinas, controlar epidemias de cólera e manter sob controle as populações de mosquitos que transmitiam a malária e a febre amarela eram ações de importância sanitária estratégica. As principais ações eram a vacinação obrigatória, a demolição de locais de moradias insalubres, a remodelação

de vias públicas e a fiscalização do comércio de alimentos e visavam ainda, sanear os espaços por onde circulavam as mercadorias, controlando nesses territórios as epidemias que poderiam de algum modo comprometer os negócios e prejudicar as exportações. (EVANGELISTA, et al, 2021, p. 72).

As mudanças políticas, econômicas e sociais ocorridas no país no início do século XX foram cruciais para a transformação desse modelo sanitário “campanhista”, que empregava métodos violentos e truculentos nas ações de saúde.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, em 1930, foram introduzidas mudanças importantes no setor de previdência social que repercutiram na saúde. Esse período é marcado por profundas contradições, pois, por um lado, inaugura-se um período de regime autoritário e centralizador no país marcado por forte repressão, intervenções nos sindicatos, imposição da censura e redução das liberdades civis e, por outro, é o momento em que dá início a regulamentação progressiva do trabalho urbano e a expansão dos benefícios de previdência social bem como a consolidação dos direitos trabalhistas com a introdução do salário mínimo, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a instituição da Carteira de Trabalho e outros benefícios.

Essa política de proteção social repercutiu também na saúde dos trabalhadores, uma vez que os Institutos de Aposentadoria e Pensões- (IAP), que substituíram os CAPs foram estendidos a outras categorias de trabalhadores urbanos. Vargas ampliou as medidas iniciadas de assistência médica surgidas na primeira República com vistas a atender a demanda do movimento operário. Sarah Escorel e Luís Antonio Teixeira (2012) salientam que,

a ênfase no aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos mostrou que a política de saúde do governo Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicinal previdenciária. Dicotomia por muito tempo mantida pelas políticas de saúde nacionais. (LIMA, FONSECA & HOCHMAN, 2005, *apud* ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 298).

Além de criar um sistema que excluía a maioria dos trabalhadores, Vargas criou o acesso aos serviços de saúde bastante limitado e desigual, uma vez que beneficiaria apenas as categorias com maior poder aquisitivo, como os bancários, que gozavam de uma assistência médica e hospitalar melhor que as outras categorias”. (EVANGELISTA, *et al*, 2021, p.15).

Portanto, a assistência médica se limitava aos trabalhadores assalariados formais e organizados. O Sociólogo Wanderley de Guilherme dos Santos (1987) denomina esse modelo de proteção social introduzido por Vargas, como cidadania regulada”, uma vez que,

Todo o aparato institucional previdenciário de assistência médica, vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio instituído em 1931, utilizado para instituir uma “cidadania regulada” restrita ao mundo do trabalho formal. Os desempregados, os subempregados e os trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado. (SANTOS, apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 300).

Adicionalmente, Escorel & Teixeira (2012) explicam que o conceito de cidadania regulada definido por Santos é “central para a compreensão da questão social no Brasil no período getulista e do pilar de sustentação da previdência social brasileira”, uma vez que não está amparada num sistema universal que contempla a todos os trabalhadores, mas num modelo estratificado. Esses autores destacam que esse tipo de cidadania é uma modalidade em que,

a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal, com benefícios desiguais. No período em questão, a vigência desse modelo determinou a vinculação dos direitos de cidadania ao lugar ocupado pelos indivíduos no processo produtivo. Eram vistos como cidadãos somente aqueles que trabalhavam em ocupações reconhecidas e definidas por lei, sendo a carteira profissional e o pertencimento a um sindicato os parâmetros de definição da cidadania. Assim, os que exerciam ocupações que a lei desconhecia – como os trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores do mercado de trabalho informal – eram vistos como pré-cidadãos. A extensão da cidadania deveria se produzir por meio da regulamentação de novas ocupações e pela ampliação do escopo dos direitos associados a cada ocupação. “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupam no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (Santos, 1987, apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 300-301).

No final da década de 1940, os debates pela melhoria da saúde pública avançam e começa a surgir uma nova concepção de saúde e uma nova institucionalidade na área. Assim, em 1948 foi criado o primeiro Conselho de Saúde, considerado um marco naquele período em defesa do acesso universal à saúde. Ademais, começa a haver no governo uma nova percepção sobre a importância de melhorar a saúde da população para alcançar o crescimento econômico.

Já no início da década de 1950 foram introduzidos outros marcos importantes como a institucionalização da responsabilidade do Estado em relação à saúde. A Lei 2312, de 1954, versa em suas Normas Gerais, a defesa e a proteção da saúde. No artigo primeiro dessa norma é expresso que: “é dever do Estado, bem como da família defender e proteger a saúde do indivíduo”. (ESCOREL, TEIXEIRA, 2012, p. 21).

No Governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) não houve grandes progressos na área da saúde. Foi dada a continuidade às campanhas nacionais e iniciados planos de

erradicação de doenças. Os resultados obtidos foram a eliminação do mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor da febre amarela e a erradicação a varíola. Contudo, em relação ao combate à malária, as iniciativas não lograram êxito tendo que ser reiniciadas diversas vezes. (*Idem*).

A partir da década de 1960, as ideias encampadas pelos sanitaristas no final da década de 1930 começaram a se consolidar. Em 1962, foi realizado o XV Congresso de Higiene, em Recife. Na ocasião, o então “ministro da Saúde, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde que buscava consolidar uma nova política sanitária no país. A nova concepção de saúde incluía em seu escopo os determinantes sociais considerados fundamentais na construção de um modelo de saúde universal no final da década de 1980.

De acordo com essa nova concepção,

a saúde da população deveria ser entendida com suas condições globais de trabalho. Reconhecia-se um círculo vicioso entre pobreza e doença e sua interrupção estaria subordinado a um projeto de desenvolvimento nacional, com base em algumas reformas estruturais e na melhoria da distribuição da riqueza nacional (SCOREL & TEIXEIRA, 2012, p. 23).

Nessa perspectiva, o Presidente João Goulart teria reforçado essas ideias na Terceira Conferência Nacional de Saúde realizada em 1963. Em seu discurso de abertura da Terceira Conferência Nacional de Saúde, Jango teria feito objeção às ideias que ele considera “simplistas” para alcançar melhorias na saúde da população, que consistiam em ações médico-sanitárias. Em seu discurso, ele declarou que,

a saúde é um índice global resultante de um conjunto de condições, boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversão e ainda outros fatores que só podem ser conseguidas em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição equitativa de suas riquezas. (*idem*).

Porém, essas perspectivas que vinham sendo delineada forma interrompidas, com o golpe militar em 1964, infligido pelas Forças Armadas do Brasil, que assumiram o poder e instituíram o Ato Institucional nº 1, suspendeu todas as garantias constitucionais, cassou mandatos, e suspendeu direitos políticos. Ademais, foram extintas todas as organizações que exigiam reformas de base, como o Comando Geral dos Trabalhadores. (EVANGELISTA, 2021, p. 23).

Na área da saúde, as políticas de planejamento do regime militar reforçaram a privatização da saúde e dos serviços médicos através da contribuição dos serviços da

previdência. O autor aponta como características centrais deste período, a unificação da previdência social com foco no investimento privado hospitalar, embasando o atendimento à saúde à preocupação econômica. Desse modo, as primeiras ações do governo ditatorial foram a unificação da previdência social, o modelo de assistência médica que vigia até aquele período (IAPS) foi transformado em Instituto Nacional da Previdência Social, em 1966 (...) (*idem*, p. 25).

Adicionalmente, o autor destaca que,

O INPS tornou-se o grande comprador de serviços privados de saúde, motivando um padrão da prática médica liberal voltada para o lucro, prevalecendo, assim, o modelo vigente ineficiente, privado hospitalocêntrico, ou seja, a saúde centrada nos hospitais. Ao mesmo tempo em que se ampliava o âmbito da ação da previdência social, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde. (*Ibidem*, p. 25-26).

Este modelo de assistência privilegiava a medicina de grupo que contribuía para aumentar o lucro das empresas de medicina privada. Nessa modalidade, a empresa que era contratada receberia um valor mensal, fixo, por trabalhador. Assim, quanto menor o atendimento, maior eram os seus lucros. Ademais, os casos de maior complexidade ou que exigisse mais tempo de internação eram deixados a cargo da previdência social. (*Idem*). Para Evangelista,

A criação do INPS constituiu um fato paradigmático na conformação do modelo médico assistencial privatista, efetivado neste período como forma de preservar os benefícios da população dominante, assim como contribuir para o crescimento da construção de hospitais e a promoção da inovação tecnológica voltada para aparelhos médicos e às instituições de medicamentos que herdavam todo recurso público atribuído ao INPS e à procura privada. A especificidade deste modelo era a prática médica curativa individual, assistencialista e especializada, a qual privilegiava o médico e não o paciente. A aquisição do serviço privado, devido à privatização dos hospitais públicos e a anulação de toda e qualquer iniciativa de atendimento primário à saúde, gerou uma crise fiscal tornando o modelo muito dispendioso e inapto. O modelo assistencial privatista tem como subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado tendo como o ator mais significativo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e como meio ideológico a burocracia previdenciária, possuindo ações como a criação de leitos privados. (EVANGELISTA, 2021, p. 27)

Evangelista destaca que,

em 1960, havia 74.543 leitos privados no país. Em 1984 o número chegou 348.255 leitos, isso representa que num período de 24 anos houve um crescimento de 465% da rede privada possibilitada pelas políticas de previdência social conformadas num sistema de atenção hospitalocêntrico, assim como a criação exacerbada de hospitais, entre outras intervenções mercantilistas. (*Idem*).

Neste contexto de aprofundamento, várias crises interconectadas, o Movimento pela Reforma sanitária no país vai se tornando mais vigoroso. Neste sentido, há uma intensa mobilização da sociedade, que incluiu todos os segmentos sociais como sindicatos, igrejas, associações de moradores, pesquisadores, sanitaristas, partidos políticos e muitos outros. Todas essas instituições estavam unidas em torno de um conjunto de ideias e objetivos comuns como democracia, saúde e reformas estruturais com vistas a resolver as injustiças sociais que se aprofundavam naquele período.

Temporão (2021) sugere que as raízes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) podem ser encontradas com Osvaldo Cruz no início do século XX, ou com os sanitaristas desenvolvimentistas das décadas de 1950 a 1960 e uma outra etapa, a partir de 1970, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, por David Capistrano Filho e Sérgio Arouca, que foram os atores mais importantes desse processo. (TEMPORÃO, 2021, p.18).

A proposta original do Sistema Único de Saúde está centrada em vários princípios que abrangem vários aspectos da vida das pessoas. A defesa da saúde preconizada pelo Movimento Sanitário vai muito além da garantia do acesso aos serviços de saúde, das ações preventivas no campo de determinadas enfermidades ou da mera cura das doenças. O seu ideário abrangia várias dimensões no campo político, econômico e social. Era uma proposta considerada revolucionária, ou como teria afirmado Sergio Arouca (2021), “uma proposta “civilizatória”. As ideias centrais do SUS eram baseadas na saúde como um direito, um sistema unificado, descentralizado, democrático e universal, que visava a redução das desigualdades sociais. Neste sentido, as propostas de diretrizes do SUS continham várias ações que poderiam repercutir em outras dimensões para além da saúde, por exemplo:

Na defesa da integralidade da atenção, combatia-se a privatização do sistema, defendia a redução gradual da oferta privada e a ampliação da oferta dos serviços públicos de saúde, propunha o fortalecimento da capacidade nacional na produção de insumos estratégicos. Nesta visão, a saúde era um vetor de diálogo para outras dimensões do campo político e social. A ideia era transformar a sociedade através e pela saúde. (GEREMIA; ALMEIDA, 2021, p. 21)

Por fim, Temporão reitera que “no fundo, a reforma sanitária é um movimento cultural de transformação da percepção da saúde por uma determinada sociedade com a construção de um novo olhar, de novas práticas, de novos sujeitos coletivos”. (TEMPORÃO, 2021, p. 21).

Em acréscimo ele observa que [...] “O surgimento do SUS coloca o campo da saúde em outra dimensão, em outra perspectiva, como direito, com um sistema descentralizado, com participação popular e como um dever do Estado”. (*Idem*).

O Sistema Único Brasileiro, que foi formalizado na Constituição Federal de 1988, emerge desse novo campo de pensamento, que inovou também na construção de um marco teórico-conceitual. Dessa maneira, ao longo de décadas vários conceitos foram sendo forjados de acordo com as diferentes visões e interesses no campo da saúde. Portanto, o conceito de saúde que deu suporte ao novo sistema público de saúde é resultado de muitas lutas, tensões e choques de visões, que os preconizadores do SUS enfrentaram desde o início de sua constituição (e enfrentam até os dias de hoje). Um dos choques ideológicos consistiu no enfrentamento da hegemonia da medicina privada, como assinala o ex-ministro da saúde José Gomes Temporão (2021).

O ex-Ministro da saúde declarou que:

[...] desde o início, houve o choque entre duas visões: cuidado essencial versus medicalização. Cuidado, não no sentido de intervenção técnica, mas um cuidado amplo, cuidar de um território, cuidar de uma família, cuidar das pessoas, cuidar dos cuidadores – clínica ampliada, com gestores, famílias e pacientes, profissionais de saúde trabalhando no mesmo projeto terapêutico. Essa visão se defronta o tempo todo com a visão da necessidade de construir hospitais, colocar mais médicos, implantar mais tecnologias duras. (TEMPORÃO, 2021, p. 24)

O Movimento pela Reforma Sanitária foi um marco importante para romper com a lógica de exclusão que se consolidou na constituição dos Sistemas de Saúde no Brasil. Pois era urgente a necessidade de implementação de um sistema de saúde inclusivo, com foco na integralidade das ações, na universalidade do atendimento e na gratuidade da atenção e no princípio da equidade.

Pouco tempo depois que foi formalizado o direito à saúde na Constituição Federal, o governo Collor de Mello deu início às privatizações das empresas estatais introduzindo as políticas neoliberais no país no marco das concepções de “Estado Mínimo”.

Desde então, há um grande esforço dos setores progressistas para fazer com que o Estado Brasileiro cumpra com os direitos que estão assegurados na Constituição de 1988, sobretudo os direitos sociais. Entretanto, com a introdução das políticas neoliberais as políticas sociais estão sendo paulatinamente desmanteladas, sobretudo as políticas públicas de saúde que têm sofrido cortes elevados no orçamento, além de ter os recursos congelados por vinte anos, desde 2017, no governo de Michel Temer, fazendo com que o projeto de

construção de um sistema público de saúde universal, gratuito com foco na atenção primária, na integralidade da atenção e no atendimento humanizado, esteja cada vez mais distante do seu ideal, comprometendo o acesso à assistência à saúde da população que mais depende do Sistema Público de Saúde.

A Saúde é um direito humano fundamental garantido não só na Constituição Federal, mas em diversos Tratados e Convenções Internacionais dos quais o Brasil é signatário. Privar a população dos cuidados necessários à saúde é uma violação a todos os pactos que o Estado Brasileiro firmou e ser obrigado a prestar contas dos seus atos no âmbito das agências das Nações Unidas.

3.1 O caso Alyne Pimentel

A violência e o assassinato estão na gênese do Estado Brasileiro que inclusive contou com uma base moral para dar legitimidade aos crimes cometidos historicamente. Desse modo, mesmo quando houve a transição de uma economia agrária de base escravista para uma economia capitalista, o Estado seguiu a sua essência assassina eliminando os indivíduos racializados vistos como indesejados ou como a feiura ou a sujeira que ofusca a pintura numa obra de arte.

Kimbele Crenshaw (2017) afirma que as mulheres não-brancas estão diferentemente situadas nos mundos econômico, social e político. Quando os esforços de reforma empreendidos em nome das mulheres negligenciam esse fato, as mulheres não-brancas têm menos probabilidade de ter suas necessidades atendidas do que as mulheres que são racialmente privilegiadas (CRENSHAW, *op. cit.*, AKOTIRENE, 2021, p. 58).

Na Constituição Federal de 1988, na sessão II, relativa à saúde, é estabelecido no artigo 196, o seguinte conceito sobre a saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, Constituição Federal de 1988).

No Art. 199, parágrafo primeiro, está disposto que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada. “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. (*Idem*).

Embora a Constituição tenha garantido a participação da saúde privada de forma suplementar, o setor privado, na verdade pretende dominar todo o setor da saúde e demolir o SUS. Grande parte dos recursos públicos são destinados às instituições de saúde privada por meio de convênios que são realizados entre os Governos e essas instituições. Contudo, a contrapartida que elas oferecem ao Estado, tem pouca resolutividade e não ajuda a diminuir a carga de demanda no SUS. As pessoas pobres que tentam acessar os serviços nos hospitais particulares conveniados, ou recebem um serviço precário e desumano, ou nem chegam a ser atendidas. O Caso Alyne Pimentel comprova como é o tratamento recebido nas instituições privadas conveniadas com o SUS. Quem não tem dinheiro tem maior chance de morrer nessas instituições.

Alyne Pimentel era uma jovem negra, pobre, de 28 anos, moradora na cidade de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro. Ela era mãe de uma criança de cinco anos, e estava grávida de seis meses.

De acordo com a Comunicação encaminhada pelos petionários ao Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (CEDAW/ONU), no dia 11 de novembro de 2002, ela foi à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em Belford Roxo, no Rio de Janeiro, pois estava com náusea, vômitos e dores abdominais. A médica que a atendeu, (ginecologista e obstetra), prescreveu medicamentos para enjoo, vitamina B12 e uma medicação para infecção vaginal. A profissional de saúde solicitou exames de sangue e urina para serem realizados no dia 13 de novembro (dois dias depois). A médica indicou a realização desses exames como medidas de precaução, pois considerou que a saúde da paciente estava boa.

Os petionários ressaltaram que os sintomas de Alyne Pimentel, posto que estava ela gestante de seis meses, indicavam gravidez de alto risco e necessitava de ações imediatas para diagnosticar potenciais complicações. (RELATÓRIO DO CDR E ADVOCACIA CIDADÃ, 2007, p.8).

Cabe ainda observar que no momento da consulta não foi realizada a ausculta do feto, geralmente, este é o procedimento comum nas consultas de gestantes. Ainda mais quando se trata de vômitos e dores abdominais.

Embora a paciente tenha tomado a medicação prescrita, seu quadro de saúde piorou muito entre os dias 11 e 13 de novembro. Então, no dia 13 de novembro de 2002, a paciente retornou ao hospital para uma nova consulta. Às 8h25, o médico que a examinou não conseguiu verificar os batimentos cardíacos do feto. Às onze horas da manhã, do dia 13 de

novembro, foi realizada uma ultrassonografia e constatou-se que o não havia batimentos cardíacos no feto.

Apesar de estar vomitando e sentindo febre, Alyne foi deixada sem atendimento no hospital. Ela até pediu a sua mãe que lhe desse um banho devido à alta temperatura corporal. Ela se queixou à sua mãe do tratamento ruim que estava recebendo no hospital e pediu diversas vezes para ir para sua casa. Às quatorze horas, o médico informou à Alyne que ela teria que tomar uma medicação para induzir o aborto. Às 19:55, nasceu um feto natimorto de 27 semanas. Imediatamente após esse procedimento, Alyne ficou desorientada. Na manhã do dia seguinte (14/11) foi realizada uma cirurgia de curetagem para a retirada de restos de placenta.

Os peticionários informam que de acordo com a medicina padrão, as partes da placenta precisam ser removidas manualmente imediatamente após o parto para prevenir hemorragia e infecção. (*Idem*, p. 09). Na Alyne o procedimento foi realizado quatorze horas após o parto e por meio de cirurgia para fazer a curetagem. Em consequência desse procedimento, Alyne sofreu uma grave hemorragia, começou a vomitar sangue e sua pressão sanguínea baixou. Ela não se alimentou e passou por um longo período de desorientação e fraqueza física e ainda teve que esperar mais de oito horas para que houvesse a sua transferência para um Hospital em Nova Iguaçu, que seria mais equipado. Ela morreu 21 horas depois sem receber assistência médica adequada. (RELATÓRIO DO CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2007, p. 9).

No dia 14 de novembro de 2002, não podendo realizar a visita à filha, a mãe de Alyne ligou ao Centro de Saúde para saber notícia dela. O centro de Saúde informou que Alyne estava bem. Os peticionários indicam que essas informações são conflitantes com os registros médicos dela no hospital, pois, no dia anterior, Alyne estava desorientada e tonta e não podia ingerir alimento. Nem a mãe de Alyne nem o marido dela a visitaram no dia 14 de novembro, pois acreditaram na informação fornecida pelo Centro de Saúde.

No dia 15 de novembro, Alyne se tornou ainda mais desorientada e sua pressão sanguínea continuava baixa. Ela continuava vomitando, tinha dificuldades de respirar e estava com hemorragia. No hospital foi realizada uma punção abdominal, mas não foi encontrado sangue. Alyne recebeu oxigênio e alguns medicamentos tais como Cimetidina, Decadrona e antibióticos. Os sintomas persistiram ao longo do dia e sua saúde continuou a se deteriorar. Os médicos do Centro de saúde explicaram à mãe de Alyne, dona Lourdes, que os sintomas

clínicos que sua filha apresentava eram condizentes com os de uma mulher que nunca teria recebido os cuidados de pré-natais.

Ademais, os médicos ainda relataram que Alyne teria desenvolvido hemorragia digestiva. E em virtude de ela estar vomitando sangue teriam que realizar uma transfusão de sangue. A equipe do Centro de Saúde pediu a dona Lourdes para recuperar na casa de Alyne os registros dos pré-natais dela, pois eles não haviam localizado nenhum registro naquela unidade de saúde. Nesse momento, os médicos desse Centro de Saúde entraram em contato com hospitais públicos e privados que tivessem melhores recursos, afim de transferir a paciente. Eles encontraram apenas um hospital com vaga disponível, o Hospital municipal de Nova Iguaçu (Hospital Geral). Entretanto, esse hospital se recusou a utilizar sua única ambulância para realizar o transporte de Alyne naquele momento. E, apesar das tentativas, a mãe e o marido de Alyne não conseguiram garantir uma ambulância particular. Alyne esperou em condições críticas por oito horas por uma ambulância. Até que, finalmente, o Hospital Geral de Nova Iguaçu concordou em ceder a ambulância para transportar dois médicos, Alyne, e o marido de Alyne, àquele hospital. Porém, duas horas antes de sua transferência, Alyne começava a manifestar sintomas de coma. Ela chegou ao Hospital Geral, às 21h45min, do dia 15 de novembro, de 2002. (*Idem*, p.11).

Quando a paciente chegou no Hospital Geral, ela estava com hipotermia e distúrbios respiratórios agudos. Conforme o relatório das petionárias, ela “apresentava um quadro clínico compatível com coagulação intravascular disseminada”⁵. Sua pressão sanguínea caiu para zero e foi preciso fazer manobras de ressuscitação. No Hospital Geral, não havia leito disponível. Então, a puseram em uma área improvisada no corredor da sala de emergência. Ademais, os atendentes médicos não levaram nenhum dos registros médicos de Alyne do Centro de Saúde para o Hospital Geral. Em vez disso, eles forneceram ao médico assistente um breve relato verbal dos sintomas da paciente. (*Ibidem*).

A mãe de Alyne a visitou e a encontrou pálida, com sangue na sua boca e em suas roupas. A equipe do hospital encaminhou a mãe de Alyne de volta ao Centro de Saúde para recuperar os registros médicos. A equipe desse local questionou os motivos pelos quais ela queria o prontuário da sua filha e a deixou esperando.

⁵ A coagulação intravascular disseminada é definida como um distúrbio caracterizado pela redução dos elementos envolvidos na coagulação sanguínea generalizada nos vasos. A ativação do mecanismo pode surgir de vários distúrbios. Nos estágios tardios é marcado por hemorragia profusa. (Conforme nota de rodapé do Relatório dos petionários, 2007, p. 11.). (Tradução da autora).

Alyne da Silva Pimentel morreu às 19 horas, no dia 16 de novembro de 2002. “A autópsia afirmou que a causa oficial da morte de Alyne foi hemorragia digestiva. No entanto, os médicos indicaram à mãe de Alyne, que isso foi consequência do parto de um feto natimorto. (*Idem*).

No dia 30 de novembro de 2002, a família de Alyne ajuizou ação cível na Justiça Estadual pedindo reparação moral e material contra o Estado do Rio de Janeiro, mas durante cinco anos o poder judiciário não emitiu nenhuma resposta.

Em fevereiro de 2003, o marido de Alyne ajuizou ação contra a Casa de Saúde, pedindo indenização por danos morais e pecuniários. Ele recorreu ao artigo 2, da CEDAW que trata de discriminação do direito à vida. “O autor da ação argumentou que de acordo com o artigo 2, da Convenção, os Estados-partes precisam garantir por lei certas medidas para combater a discriminação, bem como a implementação de tais práticas e o cumprimento dos direitos”. (CEDAW/C/49/D/17/2006, 2011, p. 10).

Durante cinco anos a justiça brasileira não enviou nenhuma resposta aos petionários. Devido à morosidade da justiça brasileira, o caso foi submetido à consideração do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), em novembro de 2007, pelas Organizações não-Governamentais Center for Reproductive Rights e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (Advocacy), em representação à mãe da vítima e sua filha”. (BRASIL, Relatório, 2014, p. 6).

O Centro de Direitos Reprodutivos (CDR) sediado em Nova Iorque (EUA) e a Advocacia Cidadã para os Direitos Humanos, do Rio de Janeiro, interpuseram recurso junto ao Comitê das Nações Unidas denunciando o Estado brasileiro pela morte de Alyne Silva Pimentel Teixeira, em 2002, cujo óbito teria sido em decorrência de negligências no atendimento médico da paciente. Os petionários alegaram violações do direito à vida e à saúde nos termos do artigo 2 e 12 da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). (*Idem*).

A morte de Alyne Pimentel foi caracterizada como morte materna evitável, por tratar-se de uma gestante de alto risco que não teria recebido os cuidados médicos adequados nas unidades de saúde pelas quais ela buscou atendimento médico. Cabe ressaltar que a unidade de saúde de Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro era conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A morte materna, de acordo com o manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde (MS) é definida como,

a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dia após o término da gestação, independentemente da duração ou de localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionada o ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2017, p. 12).

As mortes maternas podem ocorrer por causas diretas ou indiretas. As causas diretas “são aquelas decorrentes de complicações durante a gravidez, parto ou pós-parto devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos que resultam de quaisquer dessas causas”. (*Idem*)

No caso da morte materna por causas indiretas, ela “está relacionada com doenças pré-existentes, anteriores à gestação ou que se desenvolveram durante esse período não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”. (*Ibidem*).

A morte de Alyne foi considerada morte materna por causa direta.

Estado brasileiro recebeu comunicado do Comitê CEDAW a respeito da demanda dos petionários e, em agosto de 2008, encaminhou informações ao CEDAW, nos termos do item 2, do artigo 6, do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

Em agosto de 2011, o Comitê divulgou seu relatório final com a conclusão da análise sobre o caso Alyne da Silva Pimentel, na quadragésima nona sessão do Comitê. O “Comitê considerou que as alegações do autor relativas às violações dos artigos 2º (acesso à justiça e regulamentação das atividades dos prestadores de serviços de saúde privados) e 12 (acesso à saúde) da Convenção CEDAW foram bem fundamentadas para fins de admissibilidade”. Assim, após a análise da causa da morte da vítima o Comitê “concluiu que a sequência de eventos descritas pelos petionários indicou que a morte foi decorrente de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, classificando a morte de Alyne Pimentel como “morte materna direta”. (BRASIL, Relatório, 2014, p.01).

O Comitê ainda ponderou que, “o reconhecimento pelo Estado de que “o fato de Alyne se encontrar gestante deveria ter lhe dado acesso mais rápido e qualitativamente diferenciado a cuidados médicos”, considerou que Alyne Pimentel não teve acesso à assistência apropriada a sua gravidez”. (*Idem*).

Neste contexto, o Comitê acatou a denúncia dos petionários e entendeu que o Brasil violou a Convenção CEDAW, nos seus artigos: “(c) (acesso à justiça); artigo 2(e) (obrigação

do Estado de regulamentar atividades de provedores de saúde particulares), em conexão com o artigo 1 (discriminação contra a mulher), lidos em conjunto com a Recomendação Geral nº 24 (sobre mulheres e saúde) e nº 28 (relativa ao artigo 2 da Convenção); e artigo 12 (acesso à saúde)”. (Center for Reproductive Rights; Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, 2007).

Conforme descrito na petição inicial (tradução juramentada), o Comitê CEDAW estabeleceu que “os Estados-partes devem garantir que a legislação, a política, e a ação executiva cumpram a obrigação de observar, proteger e zelar pelos direitos das mulheres à saúde e colocar em prática um sistema que garanta uma ação judicial efetiva” (HEYNEMANN, 2011, p. 11).

Neste sentido, o Estado Brasileiro foi condenado a pagar indenização aos familiares de Alyne e realizar melhorias no sistema de saúde para prevenir a mortalidade materna por causas evitáveis como a falta de atendimento adequado no sistema público de saúde e prevenir a discriminação.

De acordo como o Comitê CEDAW (2011) “para proteger os direitos humanos da mulher à vida, à saúde, e a uma vida livre de discriminação, os Estados devem fornecer acesso oportuno à assistência de saúde materna de qualidade para todas as mulheres, independentemente de sua raça ou renda”.

O Comitê CEDAW (2011) considerou que Alyne foi vítima de negligência e imperícia médica em virtude de precariedade da assistência prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, localizada em Belford Roxo. Esse órgão fez as seguintes recomendações ao Brasil:

(a) Prover reparação adequada, incluindo compensação financeira, aos autores da comunicação e à filha de Alyne Pimentel, proporcional à gravidade das violações ocorridas;

(b) Assegurar os direitos das mulheres a uma maternidade segura e a cuidados obstétricos de emergência adequados e acessíveis, de acordo com a recomendação geral nº 24 (1999) sobre as mulheres e a saúde;

(c) Prover treinamento profissional adequado para trabalhadores de saúde, especialmente sobre o direito à saúde reprodutiva das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como o atendimento de emergência feito a tempo;

(d) Assegurar o acesso a remédios (jurídicos) eficazes em casos em que o direito à saúde reprodutiva das mulheres tenha sido violado e oferecer treinamento para os encarregados da aplicação do sistema judiciário e de direito;

(e) Assegurar que as instalações de instituições privadas de saúde cumpram padrões nacionais e internacionais de direito à saúde reprodutiva;

(f) Reduzir mortes maternas evitáveis através da implementação de um Pacto Nacional para a Redução de Mortalidade Materna nos níveis estadual e municipal, nomeadamente através de comitês de mortalidade materna onde eles ainda não existem, em consonância com as observações finais das recomendações ao Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007.

Além dessas recomendações feitas pelo Comitê, foi sugerido pelo Ministério das Relações Exteriores, pedido de desculpas formal à família de Alyne Pimentel, bem como a nomeação, com o nome da vítima, de uma sala de parto numa maternidade que seria inaugurada à época (mencionada pela representante da SES/RJ).

Cabe salientar que o Brasil cumpriu com praticamente todas as recomendações do Comitê, como por exemplo, as reparações simbólicas e as reparações pecuniárias. No entanto, a indenização à filha de Alyne Pimentel não foi realizada em virtudes de ação movida pelo marido de Alyne na justiça brasileira e o processo ainda não foi concluído.

Em relação ao treinamento dos profissionais das áreas da justiça e da saúde, foi realizado um seminário na cidade do Rio de Janeiro no qual foram abordados todos os temas recomendados pelo Comitê. No campo da saúde, em 2014, no Relatório oficial encaminhado às Nações Unidas, o Estado brasileiro apresentou algumas medidas com vistas à redução da mortalidade materna. No entanto, por meio de indicadores de morte materna iremos analisar se houve sustentabilidade nas medidas para promover a redução da mortalidade materna, que é objeto desse estudo.

A morte de Alyne Pimentel completou vinte anos em 2022. Contudo, a mortalidade materna no país continua com índices assustadores, a despeito dos compromissos internacionais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) firmados em 2000, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pactuadas em 2015 nas Nações Unidas, em virtude de a maioria das metas estabelecidas nos ODM não terem sido alcançadas. Uma dessas metas é a redução da mortalidade materna evitável, que continua sendo um grande desafio nos países em desenvolvimento.

Com base nas recomendações do CEDAW vamos analisar as iniciativas desenvolvidas com vistas ao cumprimento dessas recomendações e para evitar a repetição do fato.

O caso Alyne Pimentel é emblemático sob vários aspectos. É um caso inédito no mundo. Pelo menos, até a condenação do Brasil, não encontramos nenhum caso similar. Essa

foi uma das maiores dificuldades que o Grupo de Trabalho Interministerial, constituído para atender as recomendações do Comitê CEDAW encontrou para lidar com as questões levantadas pelos peticionários do caso e acatadas pelo CEDAW.

E para os propósitos desse trabalho, a morte de Alyne mostra objetivamente como o racismo mata, ou dizendo de outro modo, como o Estado mata através do racismo, de forma direta, indireta e sutil, sem chamar atenção. Alyne Pimentel morreu em decorrência de múltiplas violações de direitos fundamentais que lhes foram negados. A sucessão de erros, a cruel omissão de socorro dos profissionais de saúde, o descaso, a negligência, a falta de vontade do hospital em ceder a ambulância por quinze minutos para salvar uma vida só podem ser explicados pelas lentes do racismo estrutural e ou, institucional arraigado na nossa sociedade. A morte de Alyne lança luz aos fatores determinantes que causaram a sua morte. Raça, gênero e classe são elementos que se cruzam e constroem os refugos, os estorvos da sociedade. Contudo, podemos afirmar que é a cor da pele o marcador social principal que decide quem vive e quem não vive. Foi a cor da pele de Alyne, com toda a carga de negatividade construída historicamente que a tornou invisível aos olhos daquelas pessoas que a trataram como subgente, ou como um não sujeito.

Alyne sangrou até a morte e não houve um profissional que a tratasse como um ser digno de um atendimento humanizado. É como se ela não pertencesse a mesma espécie daquela gente que fez juramento para salvar vidas. Alyne foi tratada nas duas unidades de saúde como um ser que se situa na dimensão “ôntica” (coisas e animais) ou para usar uma expressão do filósofo Heidegger um ser de “humanidade incompleta”.

Morte como a de Alyne Pimentel só pode ocorrer se houver um pacto tácito, na sociedade em relação a alguns sujeitos, que opera na realidade objetiva de certos indivíduos ou grupos para determinar quem é digno de viver e quem deve morrer. Parece ser essa a ideia por trás dos contratos sociais que constituíram os Estados e as sociedades.

O racismo foi o elemento fundamental, a pedra angular que fundou a sociedade brasileira. Foi ele que construiu as favelas, as cracolândias, as cadeias, os manicômios e todas as demais instituições segregadoras. Ele criou a divisão de classes. Criou as fronteiras sociais para que os grupos racializados não se misturem com a raça que se considera superior, pura, limpa e sagrada. O racismo e o patriarcado concebidos no ventre do iluminismo, na racionalidade europeia, moldou o mundo e o que nós representamos nele. E esse processo continua e está se atualizando conforme as dinâmicas das sociedades e criando novas segregações e novos guetos.

No Brasil, a grande maioria da população se auto define como afrodescendente. E, no entanto, essas pessoas ainda vivem fora do pacto das elites que constituiu o Estado nação.

Para Foucault “quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos “anormais” forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mas “eu”, não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie, viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar”. (CARNEIRO, *apud* FOUCAULT, 2023, p. 67).

Nesse sentido, “a morte do outro, que é outro porque degenerado e de raça inferior, permite ao biopoder promover a vida da raça mais sadia e mais pura. Em outras palavras, o racismo é indispensável para que o poder enquanto poder e com a função primordial de promover a vida, venha a tirar a vida”. (*Idem*).

Ademais, “a natureza assassina do Estado só pode ser assegurada desde que o Estado funcione no modo do biopoder pelo racismo. Assim, o Estado tira a vida de dois modos: pelo assassinato direto e pelo assassinato indireto. Neste caso, quando expõe à morte, quando multiplica os riscos de morte, quando promove a morte política dos racialmente inferiores”. (*Ibidem*).

Matar pessoas é uma característica dos Estados soberanos. Assim, alguns precisam morrer para que outros possam viver, como nos ensina a concepção Foucaultiana.

Diversos aspectos que estão vinculados à morte de Alyne Pimentel como o preconceito de classe (Alyne era pobre e favelada), o preconceito geográfico (pessoas faveladas estão sujeitas a tratamentos diferenciados nos espaços públicos), o preconceito de cor (ela era negra), o preconceito por gênero (era mulher). Enfim, são vários fatores que se entrecruzam que determinaram a sua condição de marginalizada. Por isso, optamos por buscar explicações através da relação entre esses múltiplos fatores que estão envolvidos na morte de Pimentel, mas com foco especial no racismo estrutural que está arraigado nas estruturas de poder da sociedade brasileira.

Liliane Angel Vargas (2021) ao tratar sobre o direito à saúde no Brasil em seu estudo, ressalta que,

No campo da saúde, onde se expressam de forma clara as contradições da dinâmica social, se revela que a maior carga de vulnerabilidade e risco se localiza principalmente naqueles que estão à margem do processo produtivo e em sistemas não democráticos. Portanto, a análise dos direitos humanos é condição *sine qua nom* para que se possa identificar o peso que tem o não reconhecimento desses direitos na ocorrência de processos de adoecimento e morte da população. Essa população, que deveria ser na verdade, o alvo principal de políticas de saúde capazes de diminuir e controlar esses riscos, é, muitas vezes, esquecida dentro de um processo perverso e conservador de se fazer política pública. (VARGAS, 2021, p. 152).

A jurista Rebecca Cook, comentou a respeito do Caso Alyne Pimentel. Segundo essa jurista, esse caso representa “a primeira decisão de um órgão **convencional** internacional que responsabilizou um governo por uma morte materna evitável.” (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS). [s.d].

A Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher reconhece que “a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos é um compromisso do Brasil firmado na Declaração de Pequim, conforme expresso no artigo 223:

"[...] os direitos reprodutivos dependem dos direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número, a frequência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, bem como do direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva. Isso também inclui o seu direito de adotar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção e violência, conforme expresso nos documentos de direitos humanos. (BRASIL. FORMULÁRIO RESPOSTA AO CIDADÃO, 2023).

Não é novidade que, no Brasil, racismo e sexismo caminham juntos e tem custado a vida de muitas mulheres, especialmente a vida de mulheres negras. Em todos os indicadores sociais, quando analisados pelos marcadores de gênero e raça/cor, as mulheres negras estão sempre em pior desvantagem. A afirmação de que o racismo mata é um truísmo no Brasil. Mata, principalmente de duas formas: pela ação e por omissão do Estado.

A escritora e filósofa, Sueli Carneiro (2023) explica que o Estado pode matar através dos dispositivos de racialidade que operam na sociedade brasileira. Em sua obra, “Dispositivo de Racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser”, ela escreve que:

o dispositivo de racialidade ganha uma dimensão específica ao operar em conjunto com o biopoder e ser por ele instrumentalizado. Combinado ao racismo, o biopoder promove a vida da raça considerada mais sadia e mais pura e promove a morte da raça considerada inferior, afinal, como diz Foucault, “a função assassina do Estado só pode ser assegurada desde que o Estado funcione, no modo do biopoder, pelo racismo”. Contudo, para aqueles que sobrevivem, o dispositivo de racialidade reserva outras estratégias de assujeitamento. (CARNEIRO, 2023, p. 11-12).

O Estado brasileiro utiliza uma tecnologia de poder para oprimir, promover a desigualdade social, deixar viver ou deixar morrer populações ou grupos de pessoas que historicamente viveram sem a ação do Estado para promover a emancipação dessas pessoas enquanto sujeitos de direitos.

Entretanto, é difícil falar em sujeitos de direitos quando na realidade da vida de muitos brasileiros eles sempre foram considerados seres inferiores e que por isso são as principais vítimas das balas perdidas, da violência policial, do encarceramento em massa, da morte precoce, da violência de gênero e do feminicídio.

4 A RESPONSABILIDADE DO ESTADO NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

Os Direitos Humanos são todos os direitos inerentes ao ser humano, independentes de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, origem social ou nacional, condição de nascimento ou riqueza.

O direito internacional dos direitos humanos foi criado como um padrão comum a ser seguido por todos os países. Embora haja muitas críticas relativas as teorias filosóficas, que ancoram a universalidade dos direitos humanos, compreendidos como segundo o paradigma eurocêntrico, como observa Oliveira et al. (2021), ainda assim, não podemos negar a importância dos seus postulados. Segundo essa autora,

os direitos humanos, como são compreendidos segundo o paradigma eurocêntrico, ou seja, em uma perspectiva liberal a partir da modernidade ocidental, são fenômenos que partem tanto do pressuposto de uma natureza humana imutável quanto da crença kantiana em uma razão universal. Aparecem, então, como manifestações idealistas e metafísicas, distantes da facticidade, de acordo com uma concepção abstrata e individualista de homem. (OLIVEIRA, et al., 2021, p. 30)

O Brasil é signatário dos principais instrumentos internacionais de direitos humanos. Em referência aos Direitos das Mulheres, podemos citar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais ambos de 1966, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (*CEDAW*) em sua sigla em inglês; a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial.

Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos temos importantes dispositivos como a Plataforma de Ação do Cairo, a Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, elaboradas em 1994 e 1995, e todos os seus desdobramentos posteriores.

Crenshaw (2002) observa que, no nível formal, o princípio da igualdade de gênero referente à fruição dos direitos humanos está baseado na Carta das Nações Unidas e na Declaração Universal dos Direitos Humanos que, posteriormente, foi explicitado na *Convention for the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (Convenção CEDAW). Ademais, Crenshaw sublinha que essas garantias foram detalhadas em diversas Conferências internacionais, em especial as conferências de Cairo, Viena e Beijing (atual Pequim). (CRENSHAW, 2002, pp.171-172).

Em acréscimo, essa autora destaca que,

tais detalhamentos realmente constituíram avanços conceituais, pois expandiram os direitos humanos para além dos seus parâmetros iniciais, que marginalizavam os abusos de direitos relacionados ao gênero que atingisse especificamente as mulheres. O relativo sucesso de tais esforços baseou-se em uma mudança significativa de perspectivas quanto relevância da diferença de gênero no projeto de ampliação do escopo dos direitos humanos das mulheres. (*Idem*).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em 1995, em Beijing, na China, teve como tema principal “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”. É importante salientar que essa Conferência é considerada um marco histórico em virtude dos avanços obtidos naquele fórum referentes a construção de uma agenda internacional sobre os direitos das mulheres.

Nessa Conferência, como apontado pela Diplomata do Brasil, Ministra Maria Luiza R. Viotti (1995), no Brasil, “foi definido o conceito de gênero para a agenda internacional, o empoderamento das mulheres e transversalidade das políticas públicas com a perspectiva de gênero”. Além disso, ela observou que:

a transformação fundamental em Pequim foi o reconhecimento da necessidade de mudar o foco da mulher para o conceito de gênero, reconhecendo que toda a estrutura da sociedade, e todas as relações entre homens e mulheres dentro dela, tiveram que ser reavaliados. Só por essa fundamental reestruturação da sociedade e suas instituições poderiam as mulheres ter plenos poderes para tomar o seu lugar de direito como parceiras iguais aos dos homens em todos os aspectos da vida. Essa mudança representou uma reafirmação de que os direitos das mulheres são direitos humanos e que a igualdade de gênero era uma questão de interesse universal, beneficiando a todos. (VIOTTI, 1995, p.149)

Como resultado desse evento foi elaborada uma Plataforma de Ação que afirma “os direitos das mulheres como direitos humanos e comprometidos com ações específicas para garantir o respeito a esses direitos”. (*Idem*).

Nesse fórum foram estabelecidas doze áreas de preocupação sobre os direitos de mulheres e meninas, a saber: Mulheres e pobreza; Educação e capacitação de mulheres; Mulheres e saúde; Violência contra a mulher; Mulheres e conflitos armados; Mulheres e economia; Mulheres no poder e na liderança; Mecanismos institucionais para o avanço das Mulheres; Direitos humanos das mulheres; Mulheres e a mídia; Mulheres e meio ambiente; Direitos das meninas. (*Ibdem*).

Neste capítulo daremos maior ênfase nos instrumentos internacionais que tratam especificamente dos direitos reprodutivos das Mulheres. Ademais, nessa abordagem, iremos

examinar as sistemáticas violações dos direitos humanos pelo Estado brasileiro à luz dos conceitos que foram apresentados.

Antes, porém, é importante destacar o contexto histórico o qual emergiu o conceito de responsabilização criminal dos agentes e chefes estatais.

Antes da constituição das Nações Unidas, o modelo que vigorava no sistema internacional era de impunidade. De acordo com Kathryn Sicking (2011), professora da Universidade de Minnesota (Estados Unidos), no período de 1990 a 2010, começou a vigorar no sistema mundial uma nova tendência sobre responsabilização criminal, individual de agentes e chefes de Estado por violações de direitos humanos. Este período seria denominado como a “Era da Responsabilização”, pois é o momento em que a responsabilização penal individual começa a ganhar impulso e seria incorporada no ordenamento jurídico nacional e internacional.

Sicking (2011) salienta que “responsabilidade, [quando se trata de responsabilidade do Estado] significa que alguns atores tem o direito de manter outros atores sob tutela de um conjunto de padrões [...] e impor sanções se for determinado que as responsabilidades deles decorrentes não foram cumpridas”. (SIKKING, 2011, p. 39).

A autora destaca que, até a Segunda Guerra Mundial (1945), o modelo que vigorava no sistema mundial era de impunidade, entretanto, após esse período, o modelo se deteriora e com a criação das Nações Unidas, da Declaração Universal de Direitos Humanos e dos tratados de direitos humanos, os Estados criaram um novo modelo de responsabilização, em que o Estado como todo seria responsabilizado por violações de direitos humanos e deveria tomar medidas de reparação.

Ademais, ela classifica esse modelo como a nova “ortodoxia vigente”, que é adotado pelos órgãos das Nações Unidas e pelas instituições regionais de direitos humanos como a Corte Europeia, a Corte Interamericana de Direitos Humanos e o Tribunal Africano de Direitos Humanos. Contudo, a autora destaca que, a despeito de todo o aparato de proteção dos direitos humanos, das mudanças dos regimes ditatoriais para os regimes democráticos, do encerramento das grandes disputas bélicas e da adoção de um novo regime jurídico internacional, **os Estados ainda continuam sendo o principal violador dos direitos humanos.** (SIKKING, 2011). (Grifos nossos).

Ao aderir aos instrumentos de proteção de direitos humanos, os Estados se comprometem a promover e proteger os direitos humanos internamente, inclusive alterando suas legislações, caso seja necessário. Ademais, assumem o compromisso de prestar

informações, por meio de relatórios periódicos, aos órgãos e Comitês que monitoram os Estados-Partes sobre o cumprimento dos Pactos, Convenções e resoluções aos quais os Estados aderiram. Conforme destacado na página eletrônica do Centro Regional de Informações das Nações Unidas:

Por meio da ratificação de dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, os governos se comprometem a implementar medidas e legislações domésticas compatíveis com suas obrigações e deveres de Tratados. Nos casos em que os procedimentos legais internos falham em lidar com abusos de direitos humanos, mecanismos e procedimentos para reclamações ou comunicações individuais estão disponíveis nos níveis regional e internacional para ajudar a garantir que os padrões internacionais de direitos humanos sejam de fato respeitados, implementados e executados no nível local. (UNRIC.ORG).

A despeito da instituição de um sistema universal dos direitos humanos e dos esforços da Organização das Nações Unidas para coibir os abusos praticados pelos Estados-Partes, os mecanismos internacionais de monitoramento e condenação dos Estados violadores não têm sido suficientes para evitar práticas sistemáticas de violações da legislação internacional. O Brasil é um caso típico de violações cotidianas dos direitos fundamentais, como o direito à vida, à saúde, à segurança, à alimentação, à água potável e vários outros direitos sociais que fazem parte dos direitos humanos. Ademais, os direitos dos povos indígenas e da população negra assegurados nos instrumentos internacionais e na Constituição Federal de 1988 são violados desde o período colonial.

Os Defensores Públicos de São Paulo, Bruno Ricardo Miragaia Souza e Eduardo Belmudes (2008), destacam a Declaração de Direitos Humanos e a Constituição Federal como dois instrumentos hábeis para o Estado garantir a dignidade humana, reduzir a desigualdades e erradicar a pobreza. No entanto, eles ressaltam que no Brasil, o Estado não consegue nem garantir o mínimo existencial como saúde, educação e moradia. Eles afirmam que, “com a incumbência de proteger os direitos humanos, o Estado é seu maior violador”. (REVISTA CONSULTOR JURÍDICO, 2008).

Em acordo a essa posição dos Defensores Públicos, o ativista de direitos humanos, Jair Krischke (2021) do Movimento Justiça e Direitos Humanos, em sua entrevista na Agência Brasil, por ocasião dos 60 anos da DUDH chama a atenção para violações de direitos causadas pela ausência de políticas públicas.

Para esse ativista, o Estado Brasileiro é o grande violador dos direitos humanos, uma vez que a União, os Estados e os municípios sonégam educação e saúde pública de qualidade [...]. Ele ainda sublinha que o Estado tem a obrigação de tirar os direitos humanos do papel.

As violações do cotidiano, realizadas pela “mão invisível” do Estado nem sempre são percebidas pela sociedade como violação aos direitos humanos, talvez seja parte da nossa cultura não dar a devida atenção a essas violações por elas afetarem pessoas mais vulneráveis socialmente ou como assinalou Krischke “a cultura brasileira é autoritária e não dá a devida atenção à questão dos direitos humanos. Talvez esse “autoritarismo” seja ainda resquício do período de ditadura que ainda permanece no Estado democrático de direito. (KRISCHKE, 2021)

Em virtude das sistemáticas violações aos direitos humanos, os órgãos internacionais de monitoramento, especialmente a Comissão Internacional de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (CIDH/ OEA) têm cobrado explicações do Governo brasileiro sobre denúncias de violações de direitos humanos, que as Organizações da Sociedade Civil (ONG) encaminham aquela Comissão. As denúncias das ONGs são recorrentes em virtude das reiteradas violações do Brasil.

Quando se trata de graves violações, o Estado brasileiro é obrigado a realizar reparação às vítimas ou às suas famílias.

De acordo com a jornalista Luisa Mozetic Plastino (2021) em matéria divulgada na página eletrônica do Nexa Políticas Públicas, atualizada em agosto de 2021, desde a ratificação da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em 1992, o Brasil já foi sentenciado em dez casos na Corte Interamericana. (PLASTINO, 2021).

Cabe ressaltar que um dos casos mais conhecidos julgados na Corte Interamericana de Direitos Humanos é o caso Maria da Penha, que deu nome à Lei que pune crimes de violência contra a mulher. Maria da Penha ficou 15 anos lutando pela prisão do seu companheiro, que tentou de forma covarde, por duas vezes, tirar sua vida e a deixou paraplégica. Tanto no caso Alyne Pimentel como no Caso Maria da Penha, aconteceram violações dos direitos da mulher e a justiça brasileira não solucionou o caso das vítimas. Foi preciso que a vítima ou seus familiares recorressem à Corte Internacional para obter reparação do Estado.

Em ambos os casos, o Estado brasileiro falhou em sua função de proteger os direitos humanos, mas reconheceu a sua violação perante os órgãos internacionais. Contudo, a pedagogia das sentenças que visa, além das reparações às vítimas, evitar a repetição das violações não tem sido seguida, haja vista as reiteradas condenações do país na CIDH e a

condenação inédita no Comitê CEDAW das Nações Unidas além de outros casos descritos no mais recente informe (2021/2022) da Anistia Internacional envolvendo o Estado brasileiro.

Conforme matéria publicada pelo Jornal O Globo (2022), dados da ONG Global Witness (2022), aponta que “o Brasil é o 4º país do mundo com maior número de homicídios de líderes ambientais e defensores dos direitos humanos”. (O GLOBO, 2022).

Vargas (2021) ao se referir a um trabalho de Oliveira et al. de 2017, sublinha que:

As políticas e programas de saúde têm a capacidade de promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo da forma como são concebidos ou executados. Para estes autores, as violações aos direitos humanos, a discriminação na hora de prestar serviços de saúde, as omissões e o não respeito às necessidades dos usuários violam os direitos humanos fundamentais. Portanto, o setor saúde deve promover melhorias, tanto na sua competência como na sua sensibilidade para lidar com os direitos da população. (OLIVEIRA et, al, *apud* VARGAS, 2021, p.152-153).

O Brasil acumula violações aos direitos humanos em várias áreas. Contudo, na área da saúde o direito à vida tem sido praticamente ignorado, especialmente no período de pandemia da COVID-19. Segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro (2021/2022), o Brasil registrou 75% das mortes maternas por COVID-19 em todo o mundo. Sendo que, os índices de mortes maternas de mulheres negras eram 77% maior que o número de mortes de mulheres brancas. (RELATÓRIO DA ANISTIA INTERNACIONAL, 2021/2022, p. 127).

A conduta do Governo brasileiro em relação à pandemia de COVID-19 foi genocida, uma vez que milhares de mortes poderiam ter sido evitadas se o governo não tivesse incentivado à população a descumprir os protocolos de restrições impostas pelos profissionais de saúde para diminuir o risco de contágio pelo vírus da COVID-19.

A economia era o centro da preocupação do governo brasileiro e não a vida da população.

4.1 Indicadores de mortalidade materna

No ano de 2000, as Nações Unidas lançaram as Metas do Milênio Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com apoio de 191 países que foram denominados de Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Na ocasião foram definidos oito objetivos para serem alcançados em 15 anos. Embora todos os objetivos sejam interligados, especificamente na área da saúde, havia três objetivos: ODM 4 – reduzir a mortalidade

infantil; ODM5- melhorar a saúde das gestantes e ODM6 – Combater a AIDS, a Malária e outras doenças.

Houve grandes progressos em várias metas, com destaque para meta relativa à mortalidade infantil que foi alcançada antes do período previsto. No Objetivo 1 – acabar com a fome e a miséria, houve grandes avanços com os programas sociais, especialmente o Programa Fome Zero lançado pelo Presidente Lula em 2003 para acabar com a insegurança alimentar. Contudo, em relação à morte materna, o Brasil não conseguiu atingir a meta estabelecida, que era reduzir em $\frac{3}{4}$ entre 1990 e 2015, a razão da mortalidade materna, que segundo estimativa da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) do Ministério da Saúde, era de 143,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990. Em 2015, caiu para 62 mortes por 100 mil nascidos vivos. (Ver tabela abaixo com série de dados de 1990 a 2021). Mesmo conseguindo uma grande redução da RMM, o Brasil ainda ficou bem distante da meta, que era atingir 35 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2015. Apesar de não ter conseguido cumprir a meta reduzir a RMM a 35 mortes por 100 mil nascidos vivos, houve esforço do Brasil para desenhar políticas e Programas como a Rede Cegonha, alinhadas com os princípios do Cairo e Beijing.

Em 2015 um novo compromisso foi estabelecido entre os países das Nações Unidas. Trata-se dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que terá duração de 15 anos. Os objetivos foram ampliados para dezessete ODS, com ações estabelecidas em diversas áreas. Na área da saúde os temas foram agrupados no “ODS-3 – Saúde e Bem-Estar, cujo propósito é “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades”. A meta 3.1 trata-se da redução da mortalidade materna. A meta global estabelecida pelas Nações Unidas consiste em reduzir a taxa de mortalidade materna para 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. Contudo, o **Brasil se comprometeu e reduzir a Razão de Mortalidade Materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos.** (Grifos nossos).

Segundo a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), o óbito materno é definido como a morte de uma mulher ocorrida durante ou até 42 dias após a gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, e, desde que seja por causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas ligadas a ela, mas não associadas a causas acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2022, p.21).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as causas da morte materna podem ser dos seguintes tipos: causas obstétricas diretas, que são decorrentes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério atribuídas a intervenção, omissões, tratamentos incorretos, ou uma cadeia de eventos decorrentes de quaisquer dessas causas mencionadas. (*Idem*).

“As causas obstétricas indiretas, entretanto, decorrem de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, desde que excluídas as causas obstétricas diretas” (*Ibdem*).

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/OMS) do Ministério da Saúde, a Razão de Morte Materna (RMM) “é o indicador utilizado para mensurar a mortalidade materna obtida a partir da seguinte fórmula: número de óbitos de mulheres por causas ligadas a gravidez, o parto e ao puerpério X 100 mil, dividido pelo número de nascidos vivos”. (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2022, p. 20).

O método utilizado pela SVS em seu Boletim Epidemiológico consiste no estudo descritivo realizado a partir dos dados extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no período de 2009 a 2020. Cabe ressaltar que esses dados já estão finalizados.

A SVS destaca que a análise dos dados do SISNASC no período de 2019 a 2020 considerou o número de nascidos vivos, trimestre de pré-natal realizados e as causas da morte, segundo o critério raça/cor e faixa etária.

4.2 Taxa de natalidade 2019-2020

De acordo com informações divulgados do Boletim Epidemiológico da SVS/MS (2022) o Brasil apresentou uma queda na natalidade no ano de 2020, sendo que, em 2019 e 2020 foram notificados 2.849.146 e 2.730.145 nascimentos ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) respectivamente. O declínio no número de nascimento teria ocorrido em todas as regiões do país em relação ao ano de 2019. Atribui-se a essa queda o adiamento das gestações, especialmente em razão da epidemia de Zika Vírus em 2016 e da Covid-19, entre 2020 e 2021 (RELATÓRIO BRASIL, 2022, p. 29).

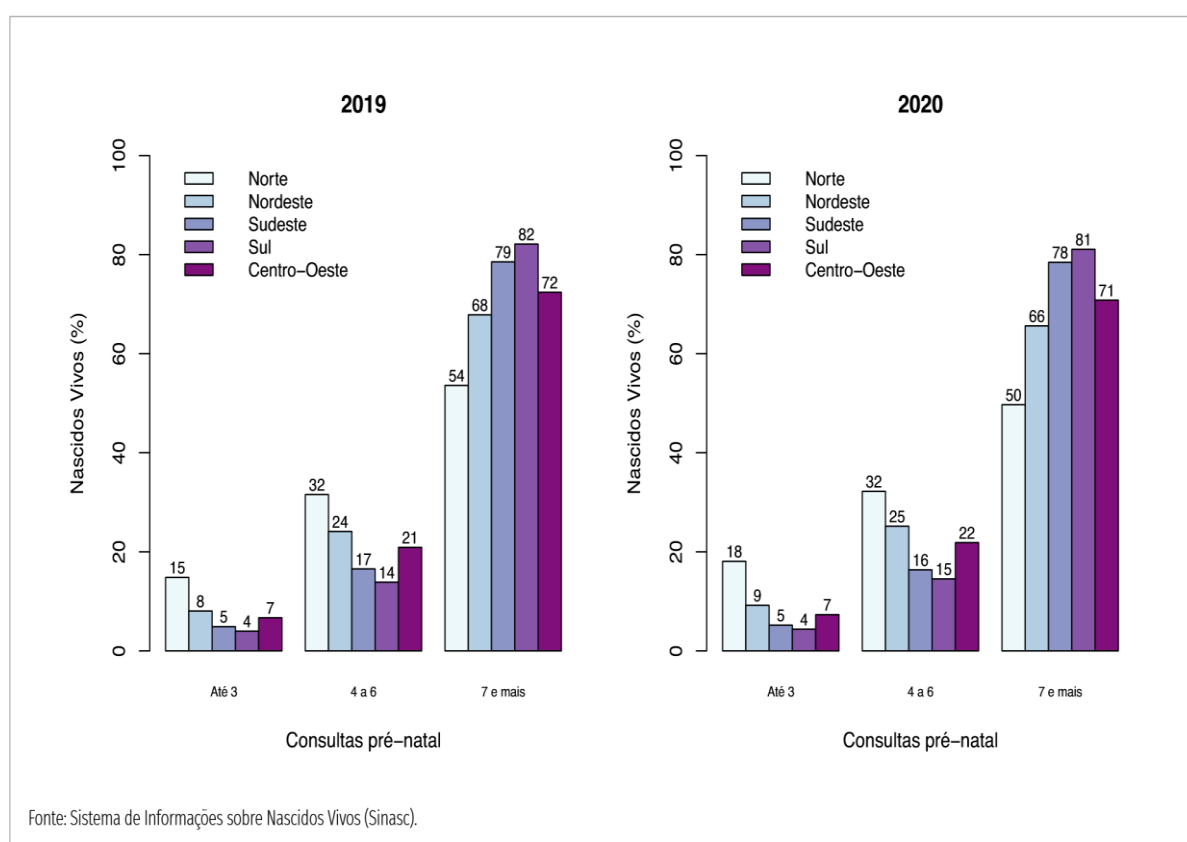
4.3 Consultas Pré-Natal por região 2019-2020

Conforme a figura abaixo, em 2019, 72,4% dos nascidos vivos no Brasil foram de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

Em 2020 7,8% dos nascidos vivos foram de mulheres que realizaram até três consultas de pré-natal, sendo que 18% foram na Região Norte e 4% na Região Sul. Conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 – Consultas pré-natal: regiões do Brasil, 2019 a 2020.

4.4 Morte materna no Brasil 2019-2020



De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (ANO), o Brasil registrou 1.655 óbitos maternos em 2019, e 2039 óbitos maternos em 2020.

A RMM variou de 57,9 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019 para 74,7 em 2020. A SVS destaca que houve aumento da RMM em todas as regiões do país nos últimos três anos (BRASIL, 2022, p. 20).

É importante realizarmos algumas ponderações a respeito das informações expostas acima. Em 2015, a RMM foi de 62 mortes por 100 mil nascidos vivos, em 2016 a RMM foi 64,4 mortes por 100 mil nascidos vivos, em 2017, foram 64,5 por 100 mil nascidos vivos e

quando observamos a série histórica, que inicia em 1990, podemos concluir que a partir de 2015 há um aumento na RMM até 2017. Esse foi um período de crise política, uma vez que após o golpe parlamentar que tirou a Presidenta Dilma do poder houve um redirecionamento nas políticas que vinham sendo implementadas no país, especialmente na área da saúde.

Em 2018, quando Jair Bolsonaro assumiu o poder, ele implementou uma agenda ultraconservadora, especialmente nos temas relativos à saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o Jornalista Jamil Chade (2019), que cobre notícias na ONU em Genebra, em 2019, o Governo de Jair Bolsonaro chegou a se abster de votar em uma resolução das Nações Unidas que tratava sobre a necessidade de garantir saúde sexual e reprodutiva a pessoas afetadas por crises humanitárias. (CHADE, JAMIL, 2019). O Brasil teria votado nas Nações Unidas pela supressão do termo “direito à saúde sexual e reprodutiva”, proposta pelo governo do Egito, em resolução sobre casamento forçado de meninas. (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

De acordo com os dados relativos a RMM de 2018 e 2019, houve uma grande redução na Razão de Morte materna especialmente em 2019 (57,9). Contudo, cabe ressaltar que esse foi o ano que iniciou a pandemia da Covid-19 que, como sabemos, elevou exponencialmente o número de óbitos no país.

No período de 2010 a 2021, de acordo com informações do MS, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 21.608 óbitos maternos no Brasil, sendo que este número sofreu uma variação de 1.719 em 2010 para 2.946 em 2021, representando um aumento de 71% em relação a 2010. (RELATÓRIO BRASIL, 2022, p.76).

No período de 2019 e 2021 constatou-se um aumento no número absoluto de óbitos maternos em todo o país, que passou de 1.576 óbitos em 2019 para 2.946 óbitos em 2021, o que representa um aumento de 87%. Em todas as regiões do país houve aumento do percentual de óbitos, contudo, de acordo com a avaliação do MS, a região Sul foi a que apresentou o maior aumento percentual, passando de 147 óbitos maternos em 2019 para 381 em 2021, o que equivale a 159% (*Idem*).

Ademais, cabe ainda recordar que, durante a pandemia, o MS se negou a divulgar os dados relativos as mortes pela Covid-19, o que levou à criação de um consórcio dos principais veículos de comunicação (Jornal e TV) para a coleta e divulgação dos dados relativos a quantidade de mortes e contaminados pela doença.

Além disso, durante o período da pandemia da Covid-19 (2019 a 2021) houve redução nas investigações das causas de óbitos maternos em todas as regiões do país, sendo possível

investigar apenas 84% do total dos óbitos registrados no Sistema do MS. (RELATÓRIO BRASIL 2022, 2023, p.83).

Assim, esses fatores podem comprometer a qualidade das informações e não condizer com a realidade do país no que se refere à razão de mortalidade materna, uma vez que os dados podem estar sub-representados.

4.5 Causas de óbitos maternos diretas e indiretas

Conforme a análise dos dados apresentados no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (volume 53, nº 20/2022) “houve um pequeno aumento de óbitos maternos no período de 2019 a 2020, decorrentes de causas obstétricas diretas, passando de 1034 óbitos em 2019, para 1041 em 2020. Em relação as causas indiretas houve um elevado aumento, passando de 479 óbitos para 843. (BRASIL 2022, 2023, p.29).

Houve elevação na Razão de Mortalidade Materna (RMM) em todas as Unidades da Federação entre 2019 e 2020. Contudo, nos Estados do Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Maranhão e Piauí a RMM foi acima de 100 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2022, p. 23).

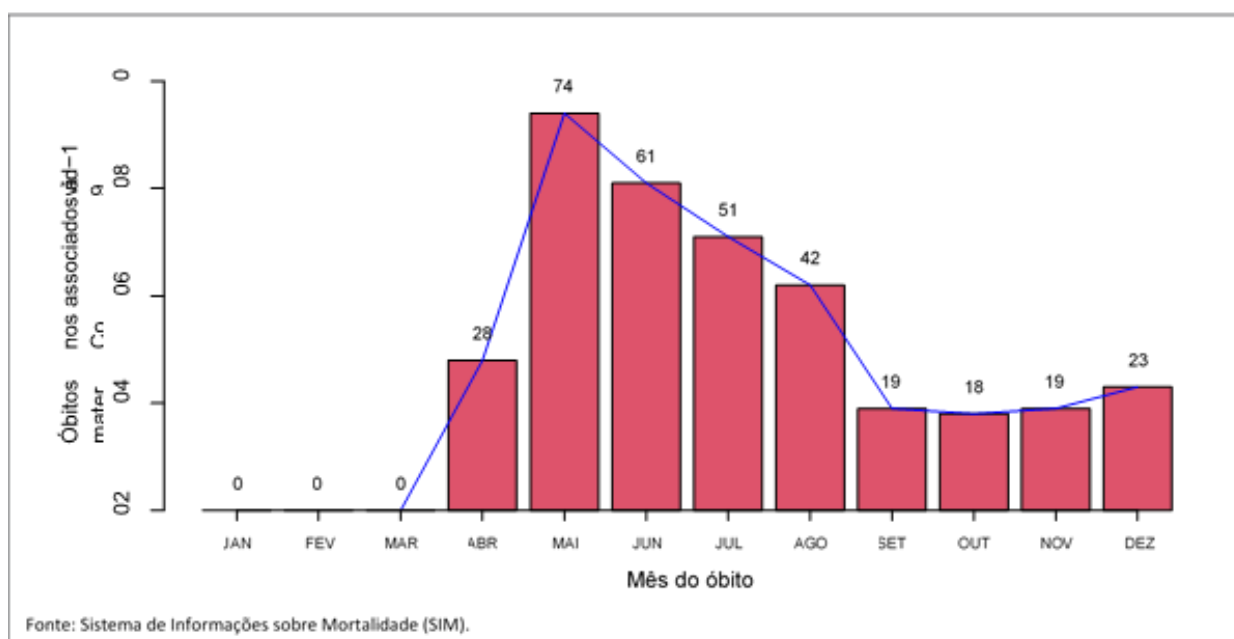
Em relação aos óbitos maternos relacionados com a COVID-19, em 2020, 17% (n = 335) de todos os óbitos maternos ocorridos no Brasil nesse ano estavam associados com a COVID-19. Sendo a região Sul a que apresentou um percentual menor, ou seja, 10% (n = 16) de óbitos associados à COVID-19. (BRASIL, 2022, p.26).

Por outro lado, é importante destacar que em outra publicação do Ministério da Saúde, intitulada “Saúde Brasil 2022 – Análise da Situação de Saúde e uma Visão Integrada sobre os Fatores de Risco para Anomalias” (2023), registra-se que no período entre 2019 e 2021 na distribuição dos óbitos maternos para o Brasil e suas macrorregiões, nota-se que houve aumento no número absoluto de óbitos maternos em todo o país, alterando de 1.576 óbitos maternos em 2019 para 2.946 óbitos em 2021. Representando um aumento de 87%. Ao contrário do ano de 2020, a região Sul foi a região que apresentou maior aumento percentual chegando a 159%, passando de 147 óbitos maternos em 2019 para 381 em 2021. (BRASIL, SAÚDE BRASIL 2022, 2023, p. 76).

Caberia uma melhor investigação para compreender quais os fatores que contribuíram para que essa região, considerada uma das mais desenvolvidas do país, tivesse um índice maior de mortalidade materna em comparação com as demais regiões do país.

O Ministério da Saúde ressalta que, a partir de janeiro de 2020, os óbitos associados à COVID-19 alcançaram valores máximos entre os meses de maio a agosto de 2020, período que foi considerado uma “onda” de mortes maternas associadas à COVID-19, sendo que o pico dessa onda ocorreu no mês de maio de 2020, registrando 74 mortes maternas. (*Idem*) Conforme Figura 2, abaixo.

Figura 2 – Óbitos maternos associados à covid-19



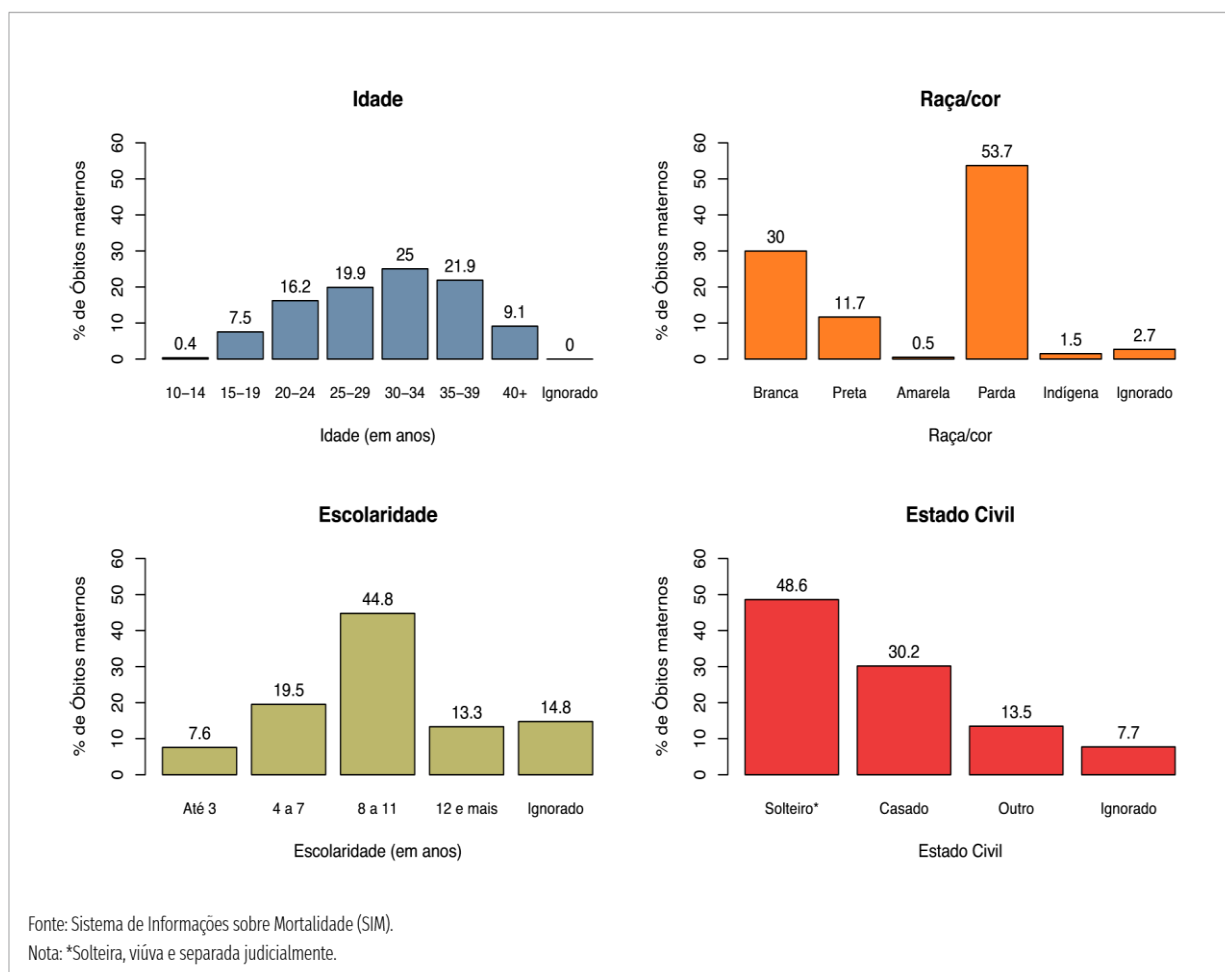
4.6 Características dos óbitos maternos em 2020

Em 2020, 56% (n =1101) dos óbitos maternos foram de mulheres com 30 anos ou mais. Nesse mesmo ano, 65% (1284) dos óbitos foram de mulheres negras, sendo 54% de pardas e 12% de pretas. Apenas 12% das mulheres que faleceram possuíam 12 anos ou mais de escolaridade. (262). 30% (593) eram casadas. (BRASIL, 2022, p. 27).

Em relação ao critério raça/cor, de acordo com os dados apresentados o total dos óbitos maternos foi de mulheres racializadas (pretas, pardas, indígenas, amarelas) que somadas juntas totalizam 67,3% das mortes maternas.

Um dado que chama a atenção, conforme demonstrado na figura 3, abaixo, é o nível de escolaridade das mulheres que faleceram em 2020, 58,1% possuíam nível de escolaridade entre oito e doze anos. (*Idem*, p. 28).

Figura 3 – Características das mulheres que faleceram de morte materna: Brasil, 2020.



4.7 Causas dos óbitos maternos

Em relação as causas dos óbitos maternos que ocorreram em 2020, foram registradas as seguintes causas de Mortes Maternas Diretas:

“Hipertensão (317 óbitos), hemorragia (195 óbitos), infecção puerperal (76 óbitos) e aborto (57 óbitos). Entre as Causas Obstétricas Indiretas, predominam as doenças do aparelho circulatório (111 óbitos), doenças do aparelho respiratório (54 óbitos) e doenças infecciosas e parasitárias maternas (variando de 45 óbitos em 2019 a 476 óbitos em 2020)”. (BRASIL, 2022, p.24), conforme apresentado nas Figuras 4 e 5.

Figura 4 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) – Brasil – 1990 a 2021

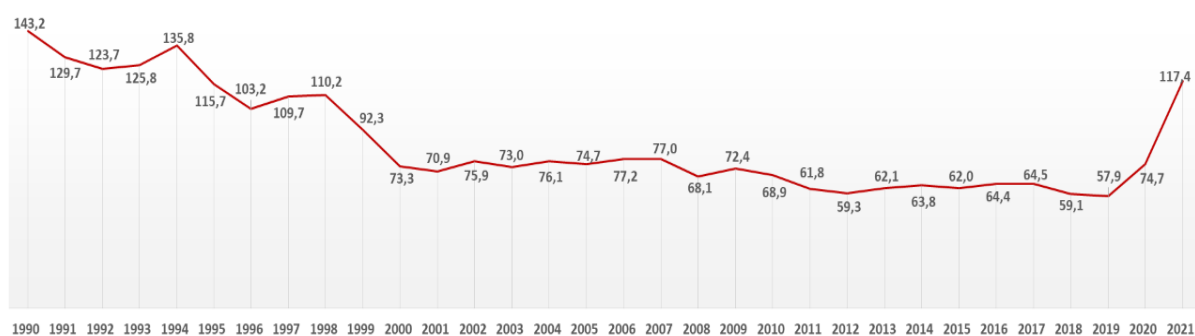
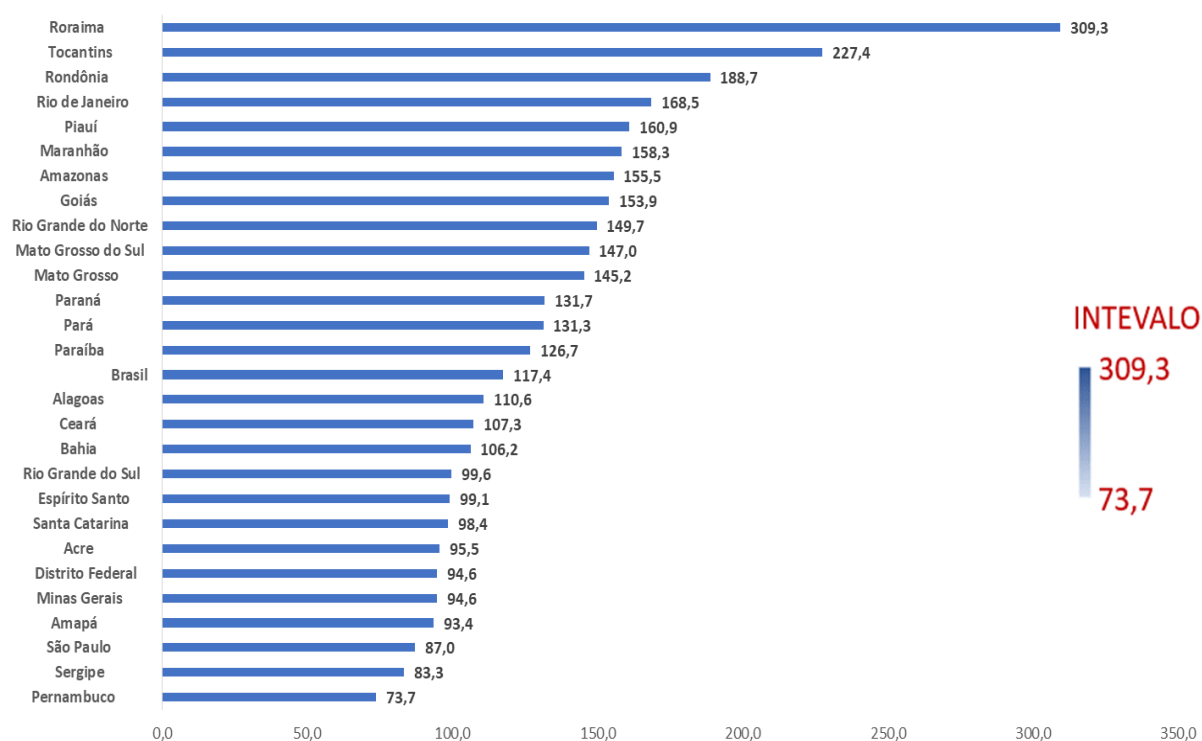
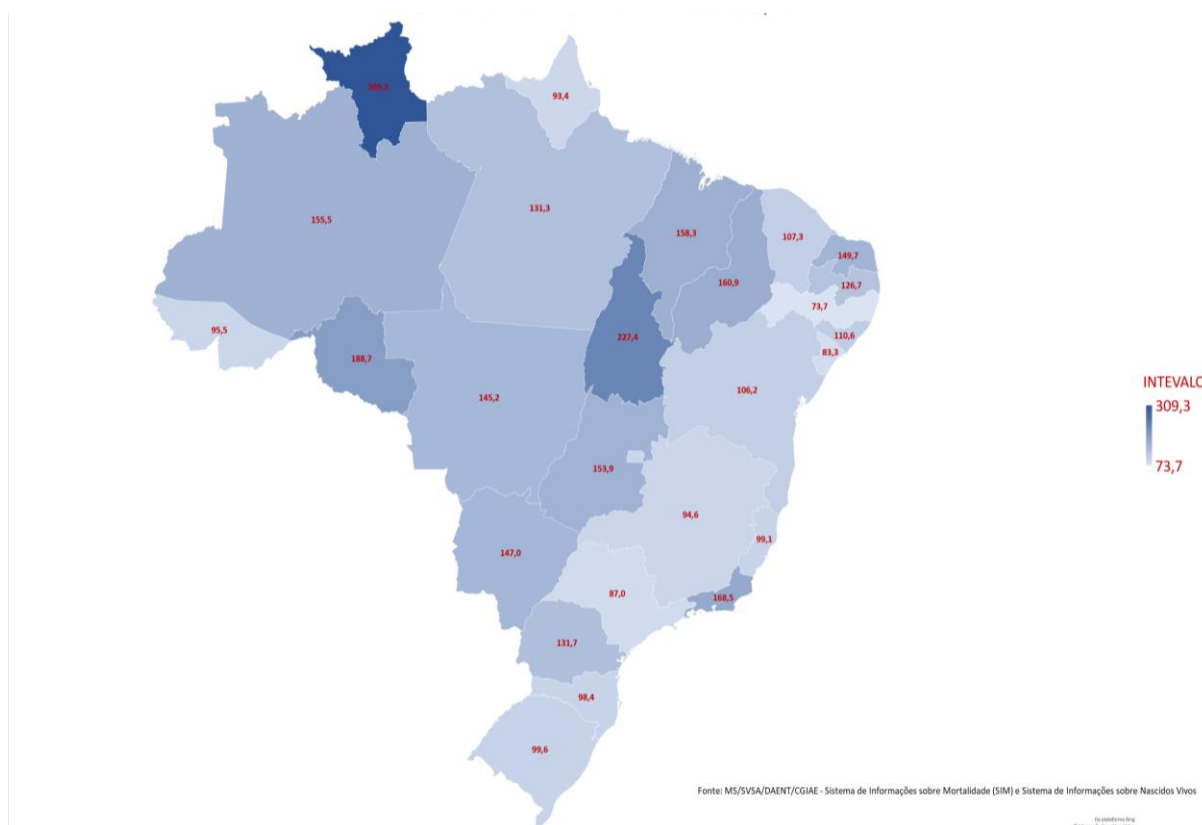


Figura 5 – Razão de Mortalidade Materna – Brasil – 2021 / Por UF



Em 2021 houve um elevadíssimo aumento na razão de morte materna variando de 73,7 mortes no estado de Pernambuco e 309,3 mortes maternas no estado de Roraima, conforme mostra a Figura 6.

Figura 6 – Razão de Mortalidade Materna – Brasil – 2021/ Por UF



A maioria das mortes maternas pode ser evitada. Por isso é importante a realização das consultas pré-natais, no mínimo quatro consultas ao mês, conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde, com profissional de saúde capacitado.

A morte materna de acordo com o manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde (MS) pode ser definida como,

a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação independentemente de duração ou de localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2017, p. 12).

As causas das mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as causas diretas e as causas indiretas. As causas diretas “são aquelas decorrentes de complicações durante a gravidez, parto ou pós-parto devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos que resultam de quaisquer dessas causas”. (Idem).

4.8 Considerações a respeito dos dados apresentados

A morte materna é considerada uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, uma vez que ela pode ser evitada em 92% dos casos. Por isso, ela é considerada uma tragédia evitável. (BRASIL, 2017, p. 12.).

Quando analisamos as causas mais comuns de mortes maternas diretas no Brasil, percebemos que as causas continuam as mesmas de sempre, ou seja, hipertensão, hemorragia, infecção, aborto. Ou seja, as mesmas causas que levaram Alyne Pimentel ao óbito, em 2002.

Esse é um problema que afeta principalmente os países subdesenvolvidos, e os países em desenvolvimento. Nesse sentido, podemos afirmar que além de outros fatores que precisam ser considerados como o racismo, a pobreza, a precariedade dos Sistemas de Saúde é fator determinante nas mortes maternas obstétricas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que “o alto índice de mortalidade materna reflete a desigualdades de acesso aos serviços de saúde e demonstra o abismo entre ricos e pobres. Conforme dados dessa Organização, 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, sendo que mais da metade ocorre na África Subsaariana e quase um terço no Sul da Ásia [...]. (WHO, 2023).

Esse dado é importante, pois reflete não só as assimetrias internas dos países, mas também as desigualdades econômicas e sociais em relação aos países ricos, que foram provocadas por uma ordem capitalista global excludente. Os dados nacionais, regionais e globais mostram claramente como a pobreza e as desigualdades sociais penalizam as mulheres em todas as suas realidades, especialmente as mulheres dos grupos racializados.

De acordo com estimativas das Nações Unidas, uma mulher morre a cada dois minutos por complicações na gravidez, parto ou puerpério. Ademais, os dados sobre mortalidade materna no mundo revelaram grandes retrocessos na saúde das mulheres nos últimos anos. O documento apontou que houve aumento na mortalidade materna em todas as regiões do mundo. O Informe de seguimento sobre mortalidade materna da OMS apontou que no ano de 2020 houve 287.000 mortes maternas em todo o mundo.

Ao compararmos os dados relativos aos países ricos e os países em desenvolvimento podemos constatar o quanto a globalização, que prometia o progresso para todos, acentuou ainda mais as assimetrias entre os países. Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) (2023) mostram que as mulheres dos países pobres têm muito mais chance de morrer de morte materna que as mulheres dos países ricos.

Em 2015, a taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento foi de 239 mil por 100 mil nascidos vivos. Enquanto nos países ricos, a taxa foi de 12 mulheres por 100 mil nascidos vivos.

As adolescentes menores de 15 anos correm um alto risco de morrer em função de complicações na gravidez e no parto, nos países em desenvolvimento. Comparado com os países desenvolvidos, percebemos que a gravidez das meninas pobres tem sido uma verdadeira tragédia, que poderia ser evitada.

[...] O risco de morte materna – ou seja, a probabilidade de uma mulher com até 15 anos morrer por uma causa materna – é de 1 em 4,9 mil nos países desenvolvidos, contra 1 em 180 nos países em desenvolvimento. Em países designados como estados frágeis, o risco é de 1 em 54, o que demonstra as consequências de um colapso nos sistemas de saúde. (PAHO.ORG, 2023.).

Nos países considerados como Estados frágeis, o risco de morte é de 1 em 54. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2023), isso evidencia as consequências de um colapso dos sistemas de saúde.

O Fundo de População e Desenvolvimento das Nações Unidas (UNFPA) que tem atuado em parceria com o Brasil por décadas em projetos de cooperação, especialmente na área de saúde reprodutiva destaca que “a razão de mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Essa instituição alerta para um grave retrocesso”. (BRASIL, UNFPA, 2022).

A morte materna no Brasil por causas evitáveis representa um dos maiores gargalos na área da saúde. Em 2002, ano em que ocorreu a morte de Alyne Pimentel, a RMM no país era de 75,9 por 100 mil nascidos vivos e, em 2021, foi de 117,4 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

De acordo com a OPAS/OMS, “no período de 1990 a 2015, houve redução da morte materna de 16,4%. No entanto, no período de 2016 a 2020 houve um aumento de 15% nas mortes maternas no país.

Razão de Mortalidade Materna (RMM)																																
Região/UF	Razão de Mortalidade Materna (RMM)																															
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte																				84,4	78,4	74,7	73,2	83,8	93,6	76,0	84,5	88,9	80,8	82,5	98,9	153,9
Rondônia																				97,8	83,2	58,3	64,1	94,2	87,7	57,7	56,4	87,3	47,8	59,6	78,1	188,7
Acre																				41,4	48,8	33,7	53,9	58,6	46,7	58,9	69,7	48,9	54,4	49,1	33,0	95,5
Amazonas																				109,9	119,5	84,6	85,0	81,6	120,8	78,8	84,7	75,6	108,4	84,8	101,8	155,5
Roraima																				125,0	13,8	67,5	38,0	74,5	60,4	96,4	52,7	59,6	100,6	91,9	146,4	309,3
Pará																				73,2	69,7	73,8	78,9	86,7	96,4	72,9	86,4	107,4	81,4	96,1	107,1	131,3
Amapá																				37,6	26,8	53,3	54,1	119,7	66,0	110,8	141,7	45,5	88,3	32,6	102,5	93,4
Tocantins																				97,0	76,8	112,6	53,3	61,2	60,1	85,6	92,2	96,3	31,6	71,4	79,2	227,4
Nordeste																				82,5	83,3	77,9	72,7	82,4	77,9	75,3	78,0	73,2	67,1	63,6	91,8	115,0
Maranhão																				109,7	133,7	109,8	96,1	123,8	100,9	116,5	122,2	101,8	90,6	80,6	108,9	158,3
Piauí																				100,1	125,0	107,1	126,0	130,2	86,8	103,6	108,5	88,6	105,8	98,1	101,0	160,9
Ceará																				66,2	70,6	68,4	69,4	74,5	65,3	49,1	63,4	65,7	68,4	58,1	97,6	107,3
Rio Grande do Norte																				63,1	36,6	68,6	66,0	54,5	74,8	68,4	77,2	77,9	58,6	70,4	78,1	149,7
Paraíba																				64,9	61,8	61,7	61,5	70,9	63,0	81,8	99,9	67,8	53,2	62,8	97,7	126,7
Pernambuco																				62,1	61,9	57,5	56,0	64,3	63,4	67,6	58,1	63,3	59,2	48,0	70,8	73,7
Alagoas																				34,3	74,4	66,8	56,3	71,6	104,1	59,1	51,9	37,7	49,5	58,2	82,7	110,6
Sergipe																				118,6	71,1	83,0	70,4	67,2	66,9	51,6	55,9	56,1	58,8	36,7	97,5	83,3
Bahia																				101,8	87,3	80,6	70,0	80,6	81,0	75,4	72,6	76,9	60,8	64,0	93,1	106,2
Sudeste																				64,4	56,0	48,7	46,5	50,1	53,9	54,3	55,8	62,3	53,2	53,5	65,1	104,8
Minas Gerais																				52,1	50,5	40,3	36,6	47,6	49,0	47,0	46,9	45,2	51,2	44,4	51,0	94,6
Espírito Santo							44,9	29,9	51,3	42,8	44,5	24,5	43,6	37,4	65,7	53,4	64,1	41,2	54,0	91,3	65,6	60,8	64,4	59,6	109,2	73,1	48,7	71,6	63,9	56,2	68,8	99,1
Rio de Janeiro							64,8	66,6	79,4	75,7	76,0	71,4	74,1	68,0	69,6	63,2	75,1	79,3	69,5	93,7	83,6	74,3	80,8	80,3	71,9	67,1	71,6	84,7	61,7	74,5	95,4	168,5
São Paulo							43,6	55,4	55,7	52,4	40,1	40,6	40,1	34,2	34,8	35,4	40,8	42,3	40,9	56,6	47,6	42,0	36,8	39,3	44,2	50,8	54,4	60,6	50,0	49,7	60,1	87,0

Sul							52,8	71,5	76,3	62,1	53,4	52,7	57,6	51,6	59,0	55,1	56,7	52,9	54,4	61,1	62,8	50,4	54,5	36,6	41,7	43,7	44,2	38,5	38,2	38,3	45,6	111,9
Paraná							57,5	79,4	84,2	83,0	68,5	65,2	57,5	42,6	69,5	66,1	61,9	59,6	58,2	71,7	65,4	52,7	38,4	41,7	41,3	51,7	50,3	31,7	38,4	45,5	52,6	131,7
Santa Catarina							44,9	48,1	43,7	43,5	36,9	42,0	45,5	52,9	43,3	33,1	42,8	41,5	37,5	32,2	38,1	30,7	45,4	31,4	30,2	30,9	31,5	40,7	35,1	30,6	31,7	98,4
Rio Grande do Sul							52,2	75,8	85,6	50,9	47,0	45,5	64,4	60,3	56,8	55,7	59,4	52,5	60,7	67,3	75,6	60,5	78,3	34,2	49,7	43,4	46,0	44,5	40,3	39,9	48,3	99,6
Centro-Oeste																				75,6	77,2	68,2	64,3	62,5	60,2	65,9	67,3	56,9	64,9	59,0	77,0	140,6
Mato Grosso do Sul							50,6	55,3	54,9	52,6	37,1	82,4	87,7	79,0	84,2	70,0	83,5	57,0	82,5	126,7	113,8	92,4	73,1	66,7	79,3	88,2	80,1	60,3	84,9	64,5	48,8	147,0
Mato Grosso																				85,9	76,9	83,9	58,5	71,6	63,7	82,9	78,5	61,1	58,0	64,6	91,8	145,2
Goiás																				50,7	69,1	50,9	70,5	56,7	53,8	56,6	56,5	56,4	64,7	69,7	90,5	153,9
Distrito Federal							29,9	44,8	55,8	42,6	35,4	29,9	34,9	21,7	43,9	41,4	46,5	38,6	58,9	67,3	60,7	61,8	49,4	60,3	51,0	43,7	64,6	49,4	54,3	21,2	53,4	94,6
Brasil	143,2	129,7	123,7	125,8	135,8	115,7	103,2	109,7	110,2	92,3	73,3	70,9	75,9	73,0	76,1	74,7	77,2	77,0	68,1	72,4	68,9	61,8	59,3	62,1	63,8	62,0	64,4	64,5	59,1	57,9	74,7	117,4

Fonte: MS/SVSA/DAENT/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Nota:

De 2009 a 2021 a RMM foi corrigida utilizando-se a Vigilância de Óbitos de Mulher em Idade Fértil

Publicação "Saúde Brasil 2017"

Capítulo 2, "Mortalidade materna nas unidades da Federação, regiões e no Brasil: uma análise de 2000 a 2015", página 39 a 58

<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf>

Razão de Mortalidade Materna (RMM)

Região/UF	Razão de Mortalidade Materna (RMM)																			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Rio de Janeiro	74,1	68,0	69,6	63,2	75,1	79,3	69,5	93,7	83,6	74,3	80,8	80,3	71,9	67,1	71,6	84,7	61,7	74,5	95,4	168,5
Brasil	75,9	73,0	76,1	74,7	77,2	77,0	68,1	72,4	68,9	61,8	59,3	62,1	63,8	62,0	64,4	64,5	59,1	57,9	74,7	117,4

Fonte: MS/SVSA/DAENT/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Nota:

De 2009 a 2021 a RMM foi corrigida utilizando-se a Vigilância de Óbitos de Mulher em Idade Fértil

Publicação "Saúde Brasil 2017"

Capítulo 2, "Mortalidade materna nas unidades da Federação, regiões e no Brasil: uma análise de 2000 a 2015", página 39 a 58

<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de 2021, no governo do então Presidente Jair Bolsonaro, eleito com o apoio da maioria dos representantes do fundamentalismo religioso e de grupos de extrema direita, foi adotada uma agenda extremamente conservadora, especialmente em relação à pauta de costumes. A nova agenda adotada pelo Governo era totalmente contrária às orientações políticas das Nações Unidas para a igualdade de direitos e a não discriminação consolidadas nos marcos internacionais de direitos humanos.

Nesse sentido, houve a descontinuidade das políticas e iniciativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e dos adolescentes que estavam sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Ademais, o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a extinção dos programas que garantiam acesso a medicamentos de graça ou a preços simbólicos como o medicamento para hipertensão resultaram na piora dos indicadores de saúde elevando os índices de morbidade e mortalidade no país.

Tudo isso, somado à pandemia de COVID-19 e a omissão do governo federal em adotar as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como isolamento social, aquisição de vacinas e outros insumos para conter a contaminação da doença, levou o país a uma grande crise sanitária e o colapso do sistema de saúde pública, resultando num saldo de mais de setecentas mil mortes só de vítimas da COVID-19. Em relação ao alto índice de mortalidade materna, que já era um dos grandes desafios no Brasil, a situação se agravou ainda mais, interrompendo a sequência de queda que estava acontecendo no país em decorrência de iniciativas como a Estratégia da Rede Cegonha (RC) que estava sendo implementada em todo país desde 2011.

Cabe salientar que a RC “é referência para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil no país, sendo característica desta política: o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a participação e mobilização social e a promoção da saúde e da equidade”⁶. Contudo, com base nos indicadores atuais, podemos constatar que a realidade está bem distante do que preconiza essa política.

O Fundo de População e Desenvolvimento das Nações Unidas considera que houve um retrocesso no país de duas décadas.

⁶ Ofício Circular nº 243/2023/CTAI/OUVSUS/MS (0033480334) em resposta à solicitação de informação ao MS por meio da demanda cadastrada na plataforma Fala.BR sob o NUP 25072.025968/2023-21 com vistas a elaboração desta dissertação.

As mulheres pobres são as que mais sofrem as consequências da precarização do sistema público de saúde. Como vimos, a região norte do país foi a mais penalizada pela COVID-19 e, em relação a mortalidade materna, o estado de Roraima apresentou quase o triplo do número de óbitos em relação à média nacional. O próprio Ministério da Saúde reconhece que na região norte encontram-se as maiores barreiras para a atenção ao pré-natal de risco habitual e de alto risco. (BRASIL, 2022, p. 28).

Contudo, as medidas que foram adotadas pelo MS, como a instituição do pagamento por desempenho às equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) estão muito aquém das iniciativas necessárias para reduzir o alto índice de mortes maternas não só naquela região como em todo o Brasil, uma vez que há vários fatores que incidem na questão da mortalidade materna no país, que exige um grande esforço em todos os níveis de gestão para reduzir e ou eliminar as mortes obstétricas evitáveis.

Ademais, há um fator importante, que parece ser determinante para as elevadas taxas de mortalidade materna no país, que está sendo marginalizado nas políticas públicas de saúde. Trata-se do racismo, que como apresentamos ao longo desse estudo já está sendo considerado na literatura internacional como um determinante social de saúde importantíssimo devido ao impacto negativo na saúde de grupos étnicos-raciais de todo o mundo.

Na publicação do Ministério da Saúde intitulada “Saúde Brasil 2022: Análise da Situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para as anomalias Congênitas (2022)”, a elevação da Razão de Morte Materna (RMM) é atribuída às consequências da Covid-19 e à diminuição da taxa de natalidade (que interfere no cálculo da RMM) e em virtude da epidemia de Zika Vírus e da COVID-19) que ocasionou o adiamento das gestões em razão do risco dessas doenças tanto para o feto como para a mãe. Outra causa mencionada pelo MS estaria relacionada à idade das mulheres grávidas, acima de 35 anos, que conforme ressalta o MS, essas gestações “apresentam riscos de complicações para a mãe e para o bebê e, conseqüentemente, para os sistemas de saúde”. (SAÚDE BRASIL 2022, p. 86-87).

Cabe ressaltar que mesmo as taxas de mortalidade materna de mulheres negras e pardas atingindo mais de 60%, o MS marginaliza esse importante indicador desconsiderando-o no planejamento de suas iniciativas com vistas à redução da mortalidade materna, como nas ações apresentadas para a região Norte do país.

Os estudos de Williams & Priest (2015) confirmam que no mundo todo os grupos étnicos raciais possuem a saúde mais precária e mostra os danos que o racismo, o estigma, o preconceito causam na saúde dessa população. No Brasil, as práticas racistas no cotidiano são

explícitas, embora o racismo tenha sido mascarado durante décadas através do discurso da “democracia racial. Contudo, com a emergência de grupos extremistas de ideologia neonazista em toda parte do mundo, a população afrodescendente tem sentido na carne a perversidade dessas ideologias assim como as práticas institucionais que segregam, excluem e matam corpos racializados e hierarquizados por uma ideologia dita “civilizatória”.

O Brasil historicamente negou ou mascarou o racismo estrutural e todas as suas variantes (institucional, individual, aversivo) que persistem no país desde a época da escravidão. Isso fez com que nunca houvesse reparação efetiva à população negra que sempre viveu à margem do Estado, recebendo os piores salários, morrendo precocemente, sofrendo os estigmas sociais em virtude da cor da pele, da localização geográfica de suas residências e das barreiras de acesso para realizar as medidas de prevenção e tratamento de saúde.

O racismo tem recrudescido no mundo todo. Os acordos internacionais firmados pelos países no âmbito das Conferências Internacionais das Nações Unidas estão sendo sistematicamente violados. Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2020) salientam que as leis podem promover direitos e que dão forma às políticas públicas, mas é preciso ação para dar vida a essas políticas. (Collins; Bilge, 2020, p.171)

As iniciativas do MS com vistas a eliminar as barreiras que dificultam ou impedem o acesso das mulheres aos serviços de saúde, especialmente aquelas residentes na região Norte do país, uma das regiões mais atingidas pela pandemia da Covid-19 e que possui os piores indicadores de mortalidade materna são muito tímidas e inócuas para reduzir o alto índice de morte obstétrica direta, especialmente de mulheres pretas e pardas. Não houve menção a alguma estratégia específica voltada para a prevenção das mortes maternas desse grupo populacional, lembrando que no Brasil a população afrodescendente é a maioria e que, portanto, não pode continuar sendo negligenciada por causa do racismo estrutural e institucional.

É importante reiterar que os altos índices de mortes obstétricas no país atingem as mulheres pretas, pardas e indígenas, ultrapassando 60% do total das mortes maternas evitáveis.

A OPAS/OMS destaca que aproximadamente 8.400 mulheres morrem a cada ano na Região da América Latina e Caribe, por complicação na gravidez, parto e pós-parto. As principais causas são: pressão alta, hemorragia intensa e complicações decorrentes de abortos inseguros. No entanto, há outros fatores que impedem as mulheres de receberem cuidados adequados durante a gestação, quais sejam: pobreza, distância, falta de informação, serviços inadequados e práticas culturais. (PAHO.ORG,).

Esses dados mostram que as mulheres não só no Brasil, mas em vários países do mundo estão perdendo a vida num evento considerado normal na vida da mulher, que é dar à luz a um filho.

No Brasil, as mulheres sofrem vários tipos de desigualdades, de classe, de gênero e de raça/cor. Somos um país em que a maioria da população é de afrodescendentes e essa população convive com os piores indicadores sociais. A violência parece que já se tornou banal, especialmente quando se trata da população negra. São pessoas que foram excluídas dos seus direitos de cidadania ao longo dos séculos e ainda não foram reconhecidas como sujeitos de direitos.

Em 2022, completou vinte anos da morte de Alyne Pimentel que foi vítima de racismo institucional. O Comitê CEDAW das Nações Unidas “considerou que Alyne sofreu de discriminação por pertencer ao grupo de pessoas afrodescendentes que estão em desvantagem em relação aos demais”. Entre as diversas recomendações feitas ao Estado Brasileiro uma delas foi reduzir a morte materna e melhorar o sistema de saúde, além do combate à discriminação.

O Estado brasileiro é o principal violador de direitos humanos e podemos afirmar que a condenação que o país sofreu em 2011 por um órgão das Nações Unidas foi inócua no sentido de evitar a repetição do caso. Pioramos os indicadores de mortalidade materna, as mulheres negras ainda morrem mais que as mulheres brancas por morte obstétrica por causas diretas, que podem ser evitadas. No início do mês, o Brasil recebeu missão das Nações Unidas que veio ao país para verificar denúncias de genocídio da população indígena e negra.

Nadine Gasman (2014) da Agência da ONU Mulheres, na Solenidade de indenização à família de Alyne Pimentel, “chamou a atenção especial para os desafios que persistem no país em relação à discriminação e ao racismo institucional no provimento de serviços de saúde adequados e de qualidade às mulheres do Norte e do Nordeste do país, às mulheres pobres, rurais, negras e indígenas”. (AGÊNCIA BRASIL, 2014). Isso foi há nove anos. E ainda estamos com os piores indicadores de morte materna nos estados da Região Norte do país.

O Caso Alyne Pimentel evidenciou como o racismo se manifesta nas instituições brasileiras, pois ainda conservamos os resquícios da colonização nos dias atuais. As concepções racistas e patriarcais herdadas da cultura ocidental continuam moldando as nossas instituições e a nós mesmos, na nossa forma de perceber o outro. A população negra no Brasil ainda é tratada como subgente.

A cor da pele ainda é um importante marcador racial que produz discriminação e exclusão no país. Para a população negra, o Estado brasileiro sempre foi ausente, em termos

de políticas públicas para essa população e, portanto, é o grande promotor de vulnerabilidades sociais e de subjetividades negativas por meio de uma cultura racista.

A população mais vulnerável do país continua tendo sua cidadania negada, como a população indígena, a população preta, a população de rua, a população carcerária dentre outras, que não podem contar com um serviço de saúde pública de qualidade. Ademais, racismo ainda não tem sido considerado no desenvolvimento de políticas de habitação, segurança, transporte, educação e outras.

A saúde é um direito humano universal, mas a população negra ainda não pode desfrutar desse direito reconhecido nos marcos jurídicos internacionais, mas esquecido na ação prática, haja vista as barreiras que ela encontra para acessar os serviços de saúde.

Nesse sentido, o que podemos apresentar como iniciativas governamentais para possíveis mudanças dessa realidade não é algo novo ou uma descoberta inédita. A solução está diante de todos que pretendem colaborar na construção de uma sociedade humana, democrática e com justiça social e racial ou, ainda, podemos acrescentar a “justiça reprodutiva, termo utilizado pelas mulheres negras, que está relacionada com os direitos humanos, autonomia sexual das mulheres, a saúde e os direitos reprodutivos, ou seja, todas aquelas diretrizes do Plano de Ação do Cairo e de Beijing voltadas para as mulheres e meninas.

A expressão vontade política tem sido banalizada, mas é preciso resgatar o seu verdadeiro sentido, pois sem vontade política, sensibilidade e senso de justiça, não se constrói uma sociedade melhor para todos e todas.

Urge desenvolver ações no marco da Estratégia Global da OMS, que indica a necessidade de os países abordarem todas as causas de mortalidade materna e morbidade reprodutiva relacionadas; fortalecer os sistemas de saúde para a coleta de dados de alta qualidade a fim de responder às necessidades e prioridades das mulheres e meninas; abordar as desigualdades no acesso e qualidade nos serviços de saúde reprodutiva, materna e neonatal, entre outras. Portanto, são muitas ações que precisam ser desenvolvidas para enfrentar o problema das altas taxas de mortalidade materna em nosso país. E, claro, colocar a centralidade do racismo no desenvolvimento das políticas públicas. Realizar mais estudos sobre o impacto do racismo no desenvolvimento das doenças, na incapacitação e na privação de recursos e oportunidade de milhões de pessoas.

Por fim, podemos concluir que as violações aos direitos humanos não cessaram com a morte de Aylene Pimentel. O Estado continua sendo o principal violador desses direitos. As

instituições brasileiras, em geral, são racistas, sexistas e causadoras de todos os tipos de opressão e desigualdades.

Contudo, se pretendemos ser uma verdadeira democracia e construir uma sociedade mais justa, precisamos com urgência derrubar todos os instrumentos que oprimem, desumanizam os indivíduos e os tornam meras mercadorias ou uma classe de subgente. O Brasil completou 135 anos de abolição da escravatura. No entanto, ainda não reconhecemos a população negra e indígena como verdadeiros cidadãos. Para essa população, pouca coisa mudou em mais de um século de suposta liberdade.

Precisamos quebrar os padrões de desigualdade entre as pessoas. Trazer o ser humano para o centro das discussões e decisões. Resgatar o humanismo que está se perdendo nesse mundo em que tudo é lucro, tudo é vendável e o ser humano se confunde com mercadorias. O Estado brasileiro foi construído e sob os pilares de uma moralidade filosófica e religiosa que precisam ser superadas, rompidas, quebradas, para que o novo surja trazendo mais esperança.

Portanto, urge destruir as hierarquias construídas com base nesses sistemas de valores arcaicos, que inferiorizam certos indivíduos em função da sua cor da pele, sexo, gênero, raça ou qualquer outra categoria de inferiorização dos seres humanos e reconstruir uma nova história reconhecendo todos e todas como sujeitos de direitos e que merecem iguais oportunidades, em todos os aspectos de suas vidas. O Estado brasileiro precisa cumprir as suas obrigações internacionais na proteção aos direitos humanos como o direito à saúde e a vida que tem sido sistematicamente violados, especialmente a vida da população mais vulnerável. O alto índice de morte materna no Brasil é uma grave violação aos direitos humanos e ao princípio da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade: uso e comando nas lutas políticas.** Disponível em: https://www.geledes.org.br/interseccionalidade-uso-e-comando-nas-lutas-politicas/?gclid=Cj0KCQiAtJeNBhCVARIsANJUJ2Gpzmy2DMQhnQiFXcN2xol3grf5pyWLuY5DmyMubWbyHMMHLQMKm4IaAidzEALw_wcB. Acesso em 10 novembro. 2021.

AKOTIRENE, Carla. (2019-07-09T22:58:59.000). **Interseccionalidade.** (Feminismos Plurais). Editora Jandaíra. Edição do Kindle.2018

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural.** Editora Jandaíra. Edição do Kindle.2021

ALYNE v. Brasil. **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil.** Disponível em: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf. Acesso em: 06-05-2022.

ANISTIA INTERNACIONAL. Informe anual/2021/2022. **O Estado dos Direitos Humanos no Mundo.** p.126. Disponível em: <https://www.amnesty.org/en/documents/pol10/4870/2022/bp/> Data do acesso: 10-07-.2022.

BAIROS, Luiza. **Orfeu e Poder: uma perspectiva afro-americana sobre a política racial no Brasil.** Afro-Ásia. n. 17 (1996). Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/20863/13463>>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BENTO, Cida. **O Pacto da Branquitude.** Companhia das Letras. Edição do Kindle.2022

BENTHENCOURT, Francisco. **Racismos: das Cruzadas ao Século XX.** Companhia das Letras. Edição do Kindle.2013

BRASIL. **Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna da Secretaria de Vigilância em Saúde.** Disponível em: < <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-demonitoramento/mortalidade/materna/> >. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **•Boletim Epidemiológico - Março de 2023 - Saúde da mulher Brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Formulário de Acesso ao Cidadão.** Disponível em: <http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo_codigo_verificador_0033506546_e_o_codigo_CRC_0E6E562C>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL, Saúde Brasil 2022: **Análise da Situação de Saúde e uma Visão Integrada sobre os Fatores de Risco para Anomalias, 2023.** Disponível em:<

<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2022-anomalias-congenitas.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL, **Secretaria de Política para as Mulheres**. Relatório oficial encaminhado ao Alto Comissariado das Nações Unidas em maio de 2015.

BRASIL. **Manual dos comitês de morte materna**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. **Relatório do governo brasileiro ao comitê CEDAW**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7640282/mod_resource/content/1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2023.

BRASIL. **Relatório Final do Caso Alyne**. Disponível em: <file:///D:/CEDAW%20%20Caso%20Alyne%20Pimentel%20-%20Alyne%20Pimentel%202014/Relatorio%20final%202014%20Caso%20Alyne%2022%20ago%20sto-14%20-%20enviado%20SPM%20ao%20MRE.pdf> Acesso em: 05-02-2022

BRASIL. **Caso Alyne Pimentel Vs Brasil**. Disponível em: https://reproductiverights.org/wpcontent/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf. Acesso em: nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. **A Anistia na Era da Responsabilização**: o Brasil em perspectiva internacional e comparada. Brasília: Ministério da Justiça, Comissão de Anistia; Oxford: Oxford University, Latin American Centre, 2011. Disponível em: <https://www.cmi.no/publications/file/4173-impunidade-versus-responsabilidade-nouruguai.pdf>. Data do acesso: mai. 2022.

BRASIL. **Direitos Humanos**: Documentos Internacionais. Brasília. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos humanos. 2006.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. **Constituição Federal**. Sessão II da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Data do Acesso: 02 fev. 2023.

BRASIL. **O Brasil e os ODM**. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 02 mai. 2023.

CARNEIRO, Sueli (2023-03-02T22:58:59.000). **Dispositivo de racialidade**. Zahar, 023. Edição do Kindle.

COLLINS, Patricia Hill. **Bem mais que ideias**. A Interseccionalidade como Teoria Crítica. 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2022. Recurso digital.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. Boitempo Editorial. Edição do Kindle. 2021.

Constitution of the World Health Organization. 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: mai. 2022.

CRENSHAW, Kimberlé. Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas. Tradução de Carol Correia. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mapeando->. Acesso em: 16 abr. 2023.

CRENSHAW, Kimberle. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial relativos ao Gênero. Disponível em: [-Texto do Artigo-CHENSHAW.pdf](#). Acesso em: 16 abr. 2023.

Declaração de Alma Ata. <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

EVANGELISTA, Gabriel Ramos Nascimento, et al. **A Política de Saúde no Brasil:** apontamentos didático-pedagógicos. Edição do Kindle. 2021.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra.** 2022. Zahar. Edição do Kindle

FIOCRUZ. **Tendências na Mortalidade Materna - 2000-2020.** Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-20002020/#:~:text=A%20Raz%C3%A3o%20de%20Morte%20Materna,foi%20alcan%C3%A7ada%20em%20n%C3%ADvel%20nacional>>. Acesso em 20-04-2023

GEREMIA, Daniela Savi; ALMEIDA, Maria Eneida de. **Saúde coletiva:** políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde. SciELO - Editora UFFS. Edição do Kindle.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil 6-8).** SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

GLOBONEWS. **Cresce o Número de Brasileiros que Dependem do SUS.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/globonews/jornal-globonews-edicao-das-16/video/cresce-numero-de-brasileiros-que-dependem-do-sus-10584142.ghtml>>. Acesso em: 26 abr. 2023.

KEHINDE, Andrews. **A Nova Era do Império.** (2023-04-13T22:58:59.000). Companhia das Letras. Edição do Kindle. 2021

Manifesto do Coletivo Combahee River. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/159864-Texto%20do%20artigo-357814-1-10-20190712.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MBEMBE, Achille. Crítica da Razão Negra (p. 22). n-1 edições. Edição do Kindle. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Disponível em: [Derecho Internacional de los Derechos Humanos.](#) Disponível em: <<https://www.ohchr.org/es/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law>>. Data do acesso: 06 abr. 2023.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. n-1 edições. Edição do Kindle. 2018

MBEMBE, Achille. **Crítica da Razão Negra**. n-1 edições. Edição do Kindle. 2018

McCULLOM, ROD. **What Science Tells us about Structural Racism's Health Impact**. Disponível em: <https://harvardpublichealth.org/equity/what-science-tells-us-about-structural-racisms-health-impact/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_content=What%20science%20tells%20us%20about%20structural%20racism%E2%80%99s%20impact%20on%20health&utm_campaign=HPHWeekly07.13.23>. Acesso em: 20 jul. 2023.

MISSÃO DA ONU. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS: uma reforma revolucionária**. Autêntica Editora. Edição do Kindle. 2022.

O GLOBO. **Brasil foi o País que Mais Matou Ativistas Ambientais e Líderes Comunitários em 10 anos**. Disponível em: <<pais-que-mais-matou-ativistas-ambientais-e-lideres-comunitarios-em-dez-anos.ghtml>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

OLIVEIRA, M. H. B. de; TELES, N; CASARA, R. R. R. **Direitos humanos e saúde: reflexões e possibilidades de intervenção** (pp. 15-16). SciELO Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

ONU, M. **Declaração de Beijing**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.

ONU, M. **O Caso Alyne e o 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/noticias/o-caso-alyne-e-o-5o-objetivo-de-desenvolvimento-do-milenio/>. Acesso em: 03 mai. 2014.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle. 2009

PAPA, Fernanda. CALASANS, Myllena. **Lei Maria da Penha**. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2>. Data do acesso: mai. 2022.

PLASTINO, M. L. **As decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos sobre o Brasil**. Disponível em: <<https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/As-decis%C3%B5es-daCorte-Interamericana-de-Direitos-Humanos-sobre-o-Brasil>>. Acesso: mai. 2022.

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. - 1. ed. -- Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2015.

SALUD, O. M. de la. **Maternal Mortality**. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 06 jun. 2023.

SAÚDE, O. P. A. da. **Saúde Materna**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

SAÚDE, O. P. A. da. **OPAS e Parceiros Lançam Campanha para Reduzir a Mortalidade Materna na América Latina e no Caribe**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2023-opas-e-parceiros-lancam-campanha-para-reduzir-mortalidade-materna-na-america>>. Acesso: 30 abr. 2023.

SAÚDE, O. P. A. da. **Saúde Materna**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SEGATO, Rita. **Cenas de um pensamento incômodo** (p. 3). Bazar do Tempo. Edição do Kindle. 2022.

SEGATO, Rita (2021-08-18T22:58:59.000). **Crítica da colonialidade** em oito ensaios. Bazar do Tempo. Edição do Kindle. 2021.

SODRÉ, Muniz. **O fascismo da Cor**. Uma Radiografia do Racismo Nacional. Editora Vozes. Edição do Kindle. 2023.

SOUZA, Jessé. **Como o Racismo criou o Brasil** [recurso eletrônico] / Jessé Souza. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2021. Recurso digital.

SOUZA, B; BELMUDES, E. **Com o dever de proteger direitos humanos, estado é o maior violador**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2008-dez-26/estado_maior_violador_direitos_humanos>. Acesso em: 13 mai. 2015.

UNFPA. **A Razão da Mortalidade Materna no Brasil Aumentou 94% Durante a Pandemia**. Fundo de População da ONU Alerta para Grave Retrocesso. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>. Acesso em: 29 abr. 2023.

UNISINOS, I. H. **Cinquenta Anos Depois do AI- 5**. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/159noticias/entrevistas/585470-cinquenta-anos-depois-do-ai-5-autoritarismo-continua-no-dna-dobrasileiro-entrevista-especial-com-jair-krischke>. Acesso em: 02- 04-. 2022.

WILLIAMS; David R. PRIEST, Naomi. **Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/TdR6VjTkrwxhqWcHf9VM9Fp/?lang=pt#>>. Acesso em 15 jul. 2023.
