

## OS DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES

### LAURA DAVIS MATTAR

Doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. *Visiting Scholar* na *Mailman School of Public Health* da Universidade de Columbia, Nova Iorque, EUA. Mestre em Direito (LL.M.) pela Universidade de Sussex, Inglaterra. Especialista em Direitos Humanos pela FADUSP. Bacharel em Direito pela PUC-SP.

Os direitos reprodutivos são direitos humanos. Isto quer dizer que todos - mulheres, homens, transexuais, transgêneros e intersexos - são titulares desses direitos. Dado o enfoque deste Manual, esse artigo tratará dos direitos reprodutivos das mulheres.

Enquanto regulador da vida em sociedade, o Direito pode e deve ser um instrumento de mudança social. Pode impulsionar, como vem fazendo, transformações efetivas no *status quo* das mulheres, por meio da garantia de sua não discriminação<sup>1</sup> e da promoção da igualdade de gênero. Isso explica o porquê dos movimentos feministas e de mulheres, há algumas décadas, buscarem assegurar às mulheres o reconhecimento formal e o exercício substantivo de seus direitos humanos, entre eles, os direitos reprodutivos.

Os direitos reprodutivos, como diz o próprio nome, são os direitos relacionados ao exercício da reprodução, que vem sendo regulada pelo Direito desde o século XIX. Por muito tempo, por trás de tal regulamentação estava o entendimento de que “regular o ato físico da reprodução era necessário para assegurar a reprodução da ordem social”<sup>2</sup>, na qual a mulher,

---

<sup>1</sup> A definição de discriminação contra a mulher consta do artigo 1o da Convenção pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979, que dispõe que “a expressão ‘discriminação contra a mulher’ significará toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

<sup>2</sup> SIEGEL, Reva. Abortion as a sex equality right: its basis in feminist theory. In: FINEMAN, Martha e KARPIN, Isabel. *Mothers in Law. Feminist Theory and the Legal Regulation of Motherhood*. Nova Iorque: Columbia University Press. 1995: p. 49.

de um modo geral, exercia o papel de mãe, esposa e dona de casa, e portanto ficava restrita ao âmbito doméstico, e o homem era o provedor, exercendo suas funções na esfera pública. Contribuíram para esta divisão sexual do trabalho, que vigorou por séculos, os ditames religiosos e a moralidade sexual que recaíam - e, ainda que em menor intensidade, continuam a recair - sobre as mulheres.

Uma vez que a reprodução ocorre nos corpos das mulheres, a reivindicação pelos direitos reprodutivos foi, e continua sendo, uma demanda das mulheres pelo controle de seus próprios corpos, que estiveram, historicamente, sujeitos aos ditames de homens legisladores, médicos e representantes das Igrejas. A luta pela autodeterminação e liberdade reprodutivas das mulheres teve início com a reivindicação pelo direito ao aborto e à contracepção, “em um marco não institucional de desconstrução da maternidade como um dever”<sup>3</sup>, já que “a concepção e o exercício da maternidade eram entendidas como prerrogativas fundamentais ou essenciais da existência das mulheres”<sup>4</sup> – isto é, um destino e uma obrigação e não um direito a ser exercido de acordo com a sua vontade, já que envolvia seu próprio corpo.

O termo ‘direitos reprodutivos’ surgiu no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, na Holanda, em 1984, substituindo, de maneira mais completa e adequada a denominação ‘saúde da mulher’ para expressar a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres<sup>5</sup>. O reconhecimento jurídico destes direitos ocorreu primeiramente no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos, após esforços e negociações por parte dos movimentos feministas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, que ocorreu no Cairo, Egito, em 1994. Segundo o parágrafo 7.3 do Programa de Ação do Cairo:

“os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos”.

---

<sup>3</sup> CORRÊA, Sonia. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999: p. 41.

<sup>4</sup> ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, ano 1, v. 2, 1993: p. 382.

<sup>5</sup> CORRÊA, Sonia e ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.) *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2003: p. 20.

Ressalte-se que essa definição foi reafirmada nos parágrafos 94 e 95 da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, na China, no ano de 1995. Esse mesmo documento, em seu parágrafo 96, define os direitos sexuais como sendo:

“Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências”.

A importância dos direitos sexuais para o tema dos direitos reprodutivos das mulheres é evidente: a reprodução foi, por muito tempo, a finalidade última do exercício da sexualidade, sendo que até o advento dos métodos contraceptivos e das técnicas de reprodução assistida não era possível separar o exercício da sexualidade da reprodução. A demanda pelos direitos sexuais surge, assim, entre outras razões, novamente pela necessidade das mulheres de terem controle sobre seus corpos.

Ambas as Declarações, ou seja, tanto a de Cairo como a de Pequim, bem como o Programa de Ação do Cairo e a Plataforma de Ação de Pequim foram assinados pelo Brasil. Embora sejam considerados *soft-law*, isto é, sem caráter jurídico vinculante (que não obrigam formalmente o Estado ao seu cumprimento), estes documentos de Direito Internacional dos Direitos Humanos representam compromissos dos Estados, que discutiram seus conteúdos e deles se tornaram signatários sem coerção, sob o princípio da boa-fé. Assim, sua assinatura pelos Estados cria a expectativa de que os direitos neles previstos sejam por eles respeitados, protegidos e implementados.

A obrigação de respeitar direitos significa que o Estado e seus representantes não devem interferir no exercício de direitos, no sentido de não poderem direta ou indiretamente os violar. A obrigação de proteger direitos requer que o Estado tome as medidas necessárias para prevenir violações de direitos por terceiros – indivíduos, corporações ou outros. Por fim, a obrigação de implementar direitos impõe aos Estados que tomem todas as medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, educativas e outras visando assegurar a sua completa efetivação. Essas obrigações dos Estados são assumidas, sem exceção, em relação a todos os direitos humanos juridicamente reconhecidos no âmbito internacional; mas, mais especialmente para os direitos reprodutivos, uma vez que se trata de um conjunto de direitos reconhecidos nacionalmente - como veremos adiante ser o caso do Brasil.

Antes disso, contudo, é preciso brevemente mencionar a existência de um documento relativo aos direitos das mulheres que é juridicamente vinculante, ou seja, que o Brasil tem obrigação formal perante a comunidade internacional de cumprir. Trata-se da Convenção para Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979 e em vigor desde 3 de setembro de 1981, tendo sido assinada pelo Brasil em 31 de março de 1981 e ratificada em 1º de fevereiro de 1984. A CEDAW, como é mais comumente conhecida, fundamenta-se na “dupla obrigação de eliminar a discriminação e de assegurar a igualdade” entre homens e mulheres, aliando, desta forma, a “vertente repressivo-punitiva à vertente positivo-promocional”<sup>6</sup>.

Seu artigo 12 prevê a eliminação da discriminação contra a mulher na área da saúde, e menciona explicitamente o acesso aos serviços de planejamento familiar. Dispõe, ademais, que “os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e lactância” - o que demonstra a importância da garantia do direito à saúde durante todo o ciclo reprodutivo das mulheres. Já seu artigo 16 trata dos direitos das mulheres no casamento e nas relações familiares. Em seu item (e) reconhece que mulheres e homens têm “os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos”, assegurando assim às mulheres o direito ao controle de seus corpos para que se tornem mães somente se, quando e na frequência que desejarem. Neste sentido, é possível afirmar que a CEDAW, ao seu tempo, reconhece os direitos reprodutivos das mulheres e a necessidade de assegurá-los para alcançar a igualdade entre homens e mulheres e que o Brasil, sendo seu signatário, deve respeitá-los, protegê-los e implementá-los.

Em se tratando de direitos reconhecidos e garantidos em fóruns internacionais, é preciso lembrar que nestes espaços trabalha-se em busca de um consenso e que, para ele ser alcançado, é necessário ceder e estabelecer prioridades. A definição dos direitos reprodutivos alcançada no Cairo e reafirmada em Pequim, que também está incipientemente presente na CEDAW, foi o consenso possível à época. Não sendo o Direito estático, mas, sim, construído ao longo do tempo de acordo com as demandas sociais, faz-se necessário reconhecer os limites desta definição. O principal limite é a ausência de menção ao trabalho existente após o

---

<sup>6</sup> PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7a. ed. revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006: p. 188.

nascimento da criança, ou seja o trabalho do cuidado com os filhos - tarefa exercida majoritariamente, ainda hoje, pelas mulheres. Essa ausência reflete claramente o *status* deste trabalho, que é invisível e não reconhecido como tal. A definição de direitos reprodutivos, ao não incluir o trabalho do cuidado em si, não se refere também, por consequência, à sua divisão sexual, isto é, à esfera de responsabilidades compartilhadas entre os pais. Em realidade, a definição dos direitos reprodutivos, tal como constante dos documentos de Cairo e Pequim, como bem aponta Ávila<sup>7</sup>, reforça o modelo dito hegemônico de reprodução e distancia os homens dos cuidados paternais, liberando-os de suas responsabilidades.

Neste sentido, vale recuperar a visão mais ampla que os movimentos feministas e de mulheres tinham acerca dos direitos reprodutivos. De acordo com Petchesky<sup>8</sup>, nos momentos fundadores do movimento internacional por direitos reprodutivos, eles incluíam claramente o apoio social à parentalidade e à justiça na divisão do trabalho reprodutivo entre homens e mulheres. Daí porque os dois extremos eram afirmados – o apoio a ter e o apoio a não ter filhos –, sendo ambos considerados centrais para o que, então, se chamava ‘liberdade reprodutiva’<sup>9</sup>. No mesmo sentido, mais recentemente, Ávila afirma ser preciso “buscar uma sociabilidade na qual o sentido da paternidade e o da maternidade sejam completamente transformados, levando a uma divisão sexual igualitária do trabalho no âmbito doméstico e em particular nas tarefas de cuidar das crianças na vida cotidiana”<sup>10</sup>.

O documento de fundação do CARASA - *Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse* (Comitê pelo Direito ao Aborto e contra o Abuso da Esterilização) nos Estados Unidos, citado por Petchesky<sup>11</sup>, declara que, afora os serviços adequados e seguros de aborto e o fim das esterilizações involuntárias, a liberdade reprodutiva significa:

“a disponibilidade para todas as pessoas de creches e escolas de boa qualidade, moradia decente, apoio social e salários adequados para o sustento de filhos, e assistência à saúde de boa qualidade à gravidez, parto e pós-parto. Significa também

---

<sup>7</sup> ÁVILA, Maria Betania. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, 2003: p. S467.

<sup>8</sup> PETCHESKY, Rosalind. On the Unstable Marriage of Reproductive and Sexual Rights. The Case for a Trial Separation. *Conscience Magazine*, Spring 2006: s./p.. Disponível em: [http://www.catholicsforchoice.org/conscience/archives/c2006spring\\_unstablemarriage.asp](http://www.catholicsforchoice.org/conscience/archives/c2006spring_unstablemarriage.asp). Acesso em: 15 ago. 2012.

<sup>9</sup> MATTAR, Laura Davis e DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol.16, n. 40 2012: p. 112.

<sup>10</sup> ÁVILA, Maria Betania. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, 2003: p. S467.

<sup>11</sup> PETCHESKY, Rosalind. On the Unstable Marriage of Reproductive and Sexual Rights. The Case for a Trial Separation. *Conscience Magazine*, Spring 2006: s./p.. Disponível em: [http://www.catholicsforchoice.org/conscience/archives/c2006spring\\_unstablemarriage.asp](http://www.catholicsforchoice.org/conscience/archives/c2006spring_unstablemarriage.asp). Acesso em: 15 ago. 2012.

liberdade de escolha sexual, o que implica o fim de normas culturais que definem uma mulher em termos de ter filhos e viver com um homem; uma afirmação dos direitos das pessoas de ter filhos fora das famílias convencionais; e a transformação dos arranjos sobre os cuidados com as crianças, de forma que estes sejam compartilhados entre mulheres e homens”.

Assim, ao se verificar os limites da definição atual adotada no âmbito internacional, demonstra-se a necessidade de se reconhecer uma agenda mais ampla dos direitos reprodutivos, que englobe os direitos humanos das mulheres antes, durante e após o ciclo reprodutivo ou nascimento da criança. Tal como definido atualmente os direitos reprodutivos perdem de vista o fato de que o exercício da maternidade, que inclui o trabalho do cuidado da criação dos filhos, é uma das principais causas da desigualdade de gênero, por ser quase que exclusiva responsabilidade das mulheres. Sua definição mais abrangente é, pois, capaz de dar às mulheres o suporte social necessário à maternidade, reconhecendo, nas palavras de Diniz, que a maternidade

“não é mera responsabilidade individual da mulher, mas do casal, da família e da sociedade, que recebe aquele novo cidadão ou cidadã na plenitude dos seus direitos. É a maternidade vista e entendida como trabalho social. Os direitos das mulheres são inseparáveis dos direitos das crianças e não há, a priori, nenhuma incompatibilidade entre eles. Isto implica a defesa dos direitos da maternidade, desde a assistência pública e gratuita de boa qualidade, passando pela saúde no ciclo gravídico-puerperal, até a licença maternidade e o direito à creche e escolas públicas<sup>12</sup>.

Pretende-se, assim, que além da educação sexual, acesso à informação e aos métodos contraceptivos, serviços médicos de qualidade no pré-natal, parto e pós-parto, seja reconhecida a importância de se assegurar a licença-maternidade, creche e educação infantil e, ainda, seja feita referência ao trabalho do cuidado e à socialização das crianças, de modo a promover uma melhor e mais equilibrada divisão sexual do trabalho doméstico, com a correspondente inclusão masculina na esfera da reprodução. Soma-se a esses direitos que compõem o suporte social à maternidade o direito à moradia, por ser na casa que “ocorre a totalidade, ou grande parte, do trabalho do cuidado de uma criança pequena – onde se dá o banho, prepara-se a comida, lava-se a roupa, coloca-se para dormir etc.”<sup>13</sup> A casa é, desta forma, “a infraestrutura mínima necessária para o bom e adequado exercício da

---

<sup>12</sup> DINIZ, Simone G. *Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta*. 2000. Disponível em: < [http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade\\_voluntaria.pdf](http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade_voluntaria.pdf)>. Acesso em 17 set. 2012.

<sup>13</sup> MATTAR, Laura Davis. *Direitos maternos: uma perspectiva possível dos direitos humanos para o suporte social à maternidade*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011: p. 146. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20118033002010067P7>. Acesso em: 15 ago, 2012.

maternidade”<sup>14</sup>, devendo fazer parte deste espectro mais amplo de direitos reprodutivos que visam à igualdade de gênero e a não discriminação das mulheres, para que elas possam alcançar o pleno exercício de sua cidadania.

Uma vez clara a definição dos direitos reprodutivos no âmbito internacional, bem como a necessidade de sua ampliação para que a ela seja incorporada o trabalho relativo ao cuidado e à socialização das crianças, passamos a análise dos direitos reprodutivos no ordenamento jurídico nacional.

Dito isso, cabe mencionar como esse artigo está articulado. Inicialmente, será apresentado de forma sucinta o texto constitucional e sua relação com o Direito Internacional dos Direitos Humanos. Em seguida, será descrito o contexto mais amplo em que os direitos reprodutivos estão inseridos – isto é, sua relação com os direitos à vida e à saúde – para, então, ser apresentada a legislação brasileira acerca de cada um dos direitos fundamentais<sup>15</sup> das mulheres que compõem os direitos reprodutivos. Estes, por razões didáticas, estão dispostos ao longo de uma sucessão temporal, ou seja, em blocos que se referem aos períodos antes, durante e após a reprodução. Por fim, serão feitos breves apontamentos acerca das políticas públicas de saúde que buscam os implementar.

Primeiramente, em se tratando do ordenamento jurídico nacional, é importante mencionar que a Constituição Federal, adotada após 20 anos de ditadura militar, criou uma nova ordem constitucional, que representa um “indiscutível avanço na consolidação legislativa das garantias e direitos fundamentais e na proteção de setores vulneráveis da sociedade brasileira”<sup>16</sup>, entre eles, as mulheres. A dignidade humana, ou seja, o valor intrínseco de cada pessoa, “impõe-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico” brasileiro<sup>17</sup>. De um lado, a Constituição Federal estabelece que o Brasil reger-se-á nas suas relações internacionais, entre outros, pelo princípio da prevalência dos direitos humanos (artigo 4º, inciso II) e, de outro, que os direitos e garantias fundamentais expressos na Constituição Federal não excluem outros decorrentes de tratados internacionais de que o Brasil seja parte (artigo 5º, parágrafo 2º). Assim, verifica-se “a abertura da ordem jurídica

---

<sup>14</sup> MATTAR, Laura Davis. *Direitos maternos: uma perspectiva possível dos direitos humanos para o suporte social à maternidade*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011: p. 146. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20118033002010067P7>. Acesso em: 15 ago, 2012.

<sup>15</sup> Cabe aqui uma menção à nomenclatura dos direitos: embora sejam correspondentes, enquanto na esfera internacional reconhecem-se direitos humanos, no âmbito doméstico reconhecem-se direitos fundamentais.

<sup>16</sup> PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7a. ed. revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006: p. 24.

<sup>17</sup> PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7a. ed. revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006: p. 27-28.

interna ao sistema internacional de proteção aos direitos humanos”, ou seja, não apenas o engajamento do Brasil na elaboração de normas relativas ao Direito Internacional dos Direitos Humanos, mas também a integração destas normas à ordem jurídica interna do país<sup>18</sup>.

Dessa forma, é possível afirmar que a Constituição Federal de 1988 está em absoluta harmonia com o Direito Internacional dos Direitos Humanos: além de reconhecer a igualdade formal entre homens e mulheres (*caput* do seu artigo 5º), também reconhece a igualdade material, ou substantiva, ao afirmar que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” (artigo 5º, inciso I). Ademais, esta última também é garantida em inúmeros dispositivos constitucionais, entre outros a seguir mencionados, o que assegura às mulheres a proteção à maternidade (*caput* do artigo 6º).

Os direitos reprodutivos, dado o impacto de sua violação na saúde e na vida das mulheres, devem ser contextualizados no âmbito do direito à saúde e direito à vida. O direito à vida é assegurado a todos os cidadãos e cidadãs brasileiros no *caput* do artigo 5º, que trata dos direitos e deveres individuais de cada um. Já o direito à saúde, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem, de um lado, a redução do risco de doença e de outros agravos e, de outro, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Com a garantia desse direito, consoante Ventura, “a assistência à saúde no Brasil transforma-se em um direito de cidadania”, em que o Estado passa a ser responsável por um vasto leque de políticas, ações e serviços de saúde<sup>19</sup>, a ser efetivado por meio do Sistema Único de Saúde - uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços que se orientam por diretrizes de descentralização, atendimento integral da população e participação da comunidade (artigo 198, da Constituição Federal).

Entre estas políticas, ações e serviços de saúde destacam-se, no que tange aos direitos reprodutivos, aqueles voltados à saúde reprodutiva que, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é o “estado de completo bem estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade em todas as matérias concernentes

---

<sup>18</sup> PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7a. ed. revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006: p. 40.

<sup>19</sup> VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2009: p. 67. Disponível em: <<http://www.generoracaetnia.org.br/pt/publicacoes/item/135-direitos-reprodutivos-no-brasil.html>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos”<sup>20</sup>. Garantir a saúde reprodutiva significa, por exemplo, que as mulheres devem ter acesso aos serviços de planejamento familiar, que inclui os serviços de pré-natal, parto e pós-parto, que contribuem para a redução da mortalidade materna; às políticas de prevenção da violência sexual e na sua ocorrência o direito ao aborto legal; à prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; entre outros direitos que, como estes, serão adiante detalhados.

A importância dos serviços de saúde reprodutiva oferecidos deve-se, entre outras razões, ao impacto direto que tem no direito à vida das mulheres: são milhares de vidas perdidas por causas evitáveis devido à má qualidade dos serviços prestados, que contam com a tolerância e/ou negligência do Estado brasileiro. São as chamadas ‘mortes maternas’, que consoante definição da OMS é a “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou situação da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”<sup>21</sup>. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia<sup>22</sup>. No Brasil, medir de maneira acurada as mortes maternas é tarefa quase impossível dada “a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito”<sup>23</sup>. Pesquisa realizada em 2002 em todas as capitais brasileiras estimou a razão de mortalidade materna em 54,3 mortes por 100.000 nascidos vivos, variando de 42 na região Sudeste a 73 na região Nordeste<sup>24</sup>. O Ministério da Saúde, em 2003, estimou que a razão de mortalidade materna para o Brasil, a partir dos óbitos declarados, foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, que corrigida resulta em 72,4 mortes maternas por 100.000

---

<sup>20</sup> VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2009: p. 79. Disponível em: <<http://www.generoracaetnia.org.br/pt/publicacoes/item/135-direitos-reprodutivos-no-brasil.html>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

<sup>21</sup> Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão (CID-10). Versão 2008, Volume I, Capítulo XV. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em 17 set. 2012.

<sup>22</sup> Vale dizer que as mortes maternas tardias, também definidas pelo CID-10, da Organização Mundial da Saúde, não são consideradas no cálculo da taxa de mortalidade materna.

<sup>23</sup> “A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. (...) Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3ª edição. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009: p. 9.

<sup>24</sup> LAURENTI Ruy *et al.* A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2004; 7: 449–60 *apud* VICTORA, Cesar G. *et al.* Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. In: *The Lancet*. Saúde no Brasil. Maio de 2011, p. 35. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista\\_the\\_lancet.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf). Acesso em: 16 set. 2012.

nascidos vivos<sup>25</sup>. Independentemente de qual destes números está mais próximo da realidade, o fato é que o Brasil apresenta uma taxa de mortalidade materna inaceitavelmente alta, especialmente quando se tem em vista que elas são cerca de “cinco a dez vezes maiores que as descritas em países de alta renda”<sup>26</sup> e que mundialmente 92% dos óbitos maternos são consideradas mortes evitáveis<sup>27</sup>. A taxa de mortalidade materna brasileira revela, assim, como é precária a qualidade da assistência à saúde da mulher, em grande parte por conta do “despreparo de uma grande parte de profissionais de saúde no pré-natal, no abortamento, nos momentos críticos de emergência obstétrica e, ainda, [pela] ausência de condições estruturais básicas, como a falta de leitos, equipamentos e transporte”<sup>28</sup>.

Neste sentido, é possível afirmar que, mesmo com o lançamento de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal<sup>29</sup> em 2004, até a presente data, o Estado brasileiro, não implementou adequadamente políticas públicas de saúde que sejam capazes de prevenir e evitar que as mulheres morram desnecessariamente por causas maternas, devendo portanto ser responsabilizado pela sistemática violação aos seus direitos das mulheres<sup>30</sup>. Em vista do acima exposto, demonstrada a íntima relação entre os direitos reprodutivos e os direitos à vida e à saúde das mulheres, passamos agora para descrição de cada um dos direitos fundamentais que compõem os direitos reprodutivos das mulheres garantidos no ordenamento jurídico brasileiro, com breves considerações acerca das políticas públicas que os implementam.

### **Antes da Reprodução**

---

<sup>25</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3ª edição. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009: p. 10.

<sup>26</sup> VICTORA, Cesar G. et al. Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. In: *The Lancet*. Saúde no Brasil. Maio de 2011: 36.

<sup>27</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3ª edição. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009: p. 9.

<sup>28</sup> GALLI, Maria Beatriz. *Mortalidade Materna e Direitos Humanos: as mulheres e o direito de viver livres de morte materna evitável*. Rio de Janeiro, Advocaci, 2005: p. 19.

<sup>29</sup> Mais informações podem ser encontradas em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35197](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197) (último acesso 20 set. 2012).

<sup>30</sup> Foi o que o *Center for Reproductive Rights* juntamente com a organização não governamental brasileira ADVOCACI fizeram ao denunciar o Estado brasileiro – Comunicação 17/2008 – perante o Comitê CEDAW (responsável por monitorar a implementação da Convenção nos Estados-partes) acusando-o de violar os direitos humanos de Alyne da Silva Pimentel, que morreu por complicações de gravidez (ou seja, uma morte materna) no Rio de Janeiro. Em 10 de agosto de 2011 o Comitê CEDAW decidiu que o Brasil violou os direitos à vida, à saúde, à igualdade e à não discriminação no acesso aos serviços de saúde de Alyne. Ainda, considerou que o Estado brasileiro não foi capaz de garantir à sua família o efetivo acesso à justiça. A decisão faz seis recomendações ao Estado brasileiro e determina que a família de Alyne seja indenizada pela sua morte. A decisão, adotada em 25 de julho de 2011, na 49ª sessão do Comitê CEDAW, e publicizada no documento CEDAW/C/49/D/17/2008 de 10 de agosto de 2011, não foi até o presente momento cumprida pelo Brasil.

Os direitos reprodutivos das mulheres, como dito anteriormente, reconhecem a importância da mulher decidir livre e responsabilmente sobre a oportunidade de ter filhos e, decidindo tê-los, sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles. Garantem também às mulheres a informação e os meios de assim o fazer. Isso significa, em outras palavras, que a todas elas são garantidos, antes da reprodução, para que tenham a liberdade de escolher se querem ou não ter filhos, os direitos à educação sexual e à informação, bem como ao acesso aos métodos contraceptivos, todos essenciais ao direito das mulheres ao planejamento familiar.

O direito ao planejamento familiar está assegurado no parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal que dispõe que: “[f]undado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Somente em 1996 que este dispositivo constitucional foi regulamentado pela Lei 9.263, de 12 de janeiro, que estabelece o planejamento familiar como um direito fundamental de todo cidadão e cidadã. Consoante o disposto em seu artigo 2º, planejamento familiar é o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Esta definição, como se pode notar, busca fazer com que a responsabilidade pelo planejamento familiar seja compartilhada entre homens, mulheres ou casais - o que, dada a cultura brasileira de responsabilização quase que exclusiva das mulheres pela maternidade, desde a contracepção até o trabalho do cuidado com os filhos, mostra-se crítica à realidade dos fatos, sendo assim bem vinda.

Quando se fala em planejamento familiar, evidentemente, está-se a falar do planejamento da reprodução que resulta em um família<sup>31</sup>. Para que este planejamento seja de fato possível, é preciso garantir às mulheres, homens ou casais serviços de atenção integral à saúde, que lhes assegurem o direito a ter e a não ter filhos. De acordo com o parágrafo único do artigo 2º da Lei 9.263/96, estes serviços incluem a assistência à concepção e contracepção, isto é, o acesso

---

<sup>31</sup> Note-se que o capítulo VII do título VIII da Constituição Federal, relativo à ordem social, tem um capítulo voltado à família, à criança, ao adolescente e ao idoso. O artigo 226, *caput*, estabelece que “[a] família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” e, seu parágrafo 4º, determina que deve ser entendida “como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”.

aos serviços de reprodução assistida<sup>32</sup> bem como aos métodos contraceptivos, inclusive à contracepção de emergência<sup>33,34</sup>.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006 indicam que 80,6% das mulheres unidas com idade entre 15 e 49 anos – ou seja, em idade reprodutiva - usam métodos anticoncepcionais, sendo que mais de dois terços delas utilizam a pílula e a esterilização feminina<sup>35</sup>. Embora tenha havido uma redução no uso da esterilização feminina e um aumento na utilização de outros métodos, especialmente aqueles masculinos, como vasectomia e preservativo, o acesso à contracepção no Brasil ainda é bastante desigual<sup>36</sup>. Isto porque, apesar dos diferenciais no uso de contracepção entre as classes sociais terem diminuído, o percentual de mulheres que, em 2006, não usavam métodos na classe mais baixa ainda era quase o dobro que o de mulheres com maior poder aquisitivo<sup>37</sup>. De todo modo, a disseminação dos métodos contraceptivos parece ser a grande responsável pelo contínuo declínio da fecundidade no país<sup>38</sup>: enquanto o censo demográfico brasileiro do ano 2000 revelou uma taxa de fecundidade total de 2,4 filhos por mulher<sup>39</sup>, a PNDS de 2006 apresenta uma taxa de 1,8 filho por mulher<sup>40</sup> - ou seja, abaixo do nível de reposição populacional.

---

<sup>32</sup> Esses serviços foram parcialmente regulamentados pela Resolução 1.358 de 1992 do Conselho Federal de Medicina. Contudo, até o presente momento, somente alguns hospitais de referência do Sistema Único de Saúde oferecem esse serviço à população gratuitamente.

<sup>33</sup> Aspectos éticos da prescrição médica da contracepção de emergência estão dispostos na Resolução 1.811 do Conselho Federal de Medicina, de 17 de novembro de 2007.

<sup>34</sup> O mesmo parágrafo único ainda assegura às mulheres, homens ou casais, no âmbito do planejamento familiar, o atendimento pré-natal, que promove a saúde da gestante, e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, direitos estes que serão detalhados a seguir, no bloco de direitos fundamentais relativos ao período ‘durante a reprodução’.

<sup>35</sup> PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva e WONG, Laura L. Rodriguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 90.

<sup>36</sup> PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva e WONG, Laura L. Rodriguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 90.

<sup>37</sup> PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva e WONG, Laura L. Rodriguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 92-93.

<sup>38</sup> PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva e WONG, Laura L. Rodriguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 90.

<sup>39</sup> WONG, Laura L. Rodriguez e PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Uma visão transversal e longitudinal de quatro décadas de queda de fecundidade no Brasil. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 73.

<sup>40</sup> WONG, Laura L. Rodriguez e PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Uma visão transversal e longitudinal de quatro décadas de queda de fecundidade no Brasil. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da*

Além destes direitos, o artigo 4º, da Lei 9.263/96, dispõe que o planejamento familiar deve se orientar por “ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”, garantindo, nesse sentido, a todo cidadão e cidadã brasileiro os direitos à educação sexual e à informação.

A educação sexual, ou seja, uma “formação equilibrada da personalidade e um aprendizado das relações, de acordo com o princípio de igualdade e responsabilidade nas relações entre os sexos, incluindo uma informação que recomenda o uso da contracepção e os meios de prevenção da AIDS e de doenças sexualmente transmissíveis”<sup>41</sup> (BOZON, 2004:68), bem como o acesso à informação clara e de qualidade, baseada na evidência médica científica, acerca de todos os aspectos do ciclo reprodutivo, são essenciais ao exercício da sexualidade de forma responsável e segura<sup>42</sup>, capazes de fazer valer o planejamento familiar estabelecido pelo homem, pela mulher ou pelo casal.

É importante mencionar que a Lei de Planejamento Familiar, por razões históricas<sup>43</sup>, restringe, em seus artigos 10 a 12, a prática da esterilização, mesmo que voluntária, estabelecendo critérios polêmicos para sua permissão, como a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges, na vigência de sociedade conjugal, para a realização da esterilização (conforme o parágrafo 5º, do artigo 10 da Lei), o que pode vir a limitar a autonomia da mulher.

Apesar de muitos dos direitos relativos ao planejamento familiar estarem presentes na agenda de políticas públicas de saúde brasileiras desde a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, também conhecido como PAISM, de 1983, sua ampla efetivação ainda é precária<sup>44</sup>. Ainda que tenham havido avanços - como a criação e implementação de serviços de aborto legal, apesar do estigma a ele associado e da resistência da classe médica e de

---

Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 77-79.

<sup>41</sup> BOZON, Michel. *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004: p. 68.

<sup>42</sup> Contrariamente ao que se imagina, nos países em que há programas consistentes de educação sexual, “verifica-se que o início da prática sexual é postergado e/ ou que seu exercício se dá de forma mais segura”. VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2009: p. 149. Disponível em: <<http://www.generoracaetnia.org.br/pt/publicacoes/item/135-direitos-reprodutivos-no-brasil.html>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

<sup>43</sup> Historicamente, as mulheres brasileiras recorreram ao uso abusivo da esterilização como método contraceptivo por se tratar de um método de caráter definitivo – o que indica a importância, para elas, de terem controle sobre seus corpos. Ver BARROSO, Carmen, Esterilização Feminina: Liberdade e Opressão. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 18, 1984 e BERQUÓ, Elza. Os Corpos Silenciados. *Novos Estud. - CEBRAP*, São Paulo, v. 3, 1982.

<sup>44</sup> MATTAR, Laura Davis e DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol.16, n. 40, 2012: p. 110.

profissionais de saúde, e a recente garantia do direito à interrupção da gravidez às gestantes de fetos anencéfalos (sem cérebro), por meio de uma decisão do Supremo Tribunal Federal<sup>45</sup> –, o Brasil ainda não conseguiu oferecer universalmente às mulheres serviços de saúde reprodutiva de qualidade. Em especial, ainda não conseguiu assegurar às mulheres o direito ao aborto, que continua a ser regulamentado de forma restritiva pelo Código Penal, que é de 1940: de acordo com o artigo 128 do referido diploma legal, o aborto não é punido somente quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resultar de estupro.

Contudo, apesar de sua proibição, recente Pesquisa Nacional de Aborto no Brasil indica que sua prática é tão comum que, ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres brasileiras já fez aborto<sup>46</sup>. E, muitos deles, evidentemente, são abortos realizados de forma insegura com graves consequências para a saúde e para a vida das mulheres. É em razão de suas consequências que o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil, devendo ser entendido como um problema de saúde pública.

Por esse motivo, o aborto é emblemático das resistências sociais enfrentadas para se implementar os direitos reprodutivos das mulheres, garantindo-lhes controle sobre seus corpos e a não-reprodução, se assim desejarem. O aborto não é um método contraceptivo, senão uma medida de último recurso a ser oferecida às mulheres e/ou casais dentro de uma política mais ampla de planejamento familiar. Ao criminalizar o aborto a sociedade valoriza mais a vida potencial do feto do que o direito da mulher de decidir sobre o que se passa em seu corpo, em uma nítida violação à sua integridade corporal, bem como ao seu direito à autonomia e à privacidade.

### **Durante a Reprodução**

Durante a reprodução, ou seja, uma vez que a mulher está grávida, o Estado brasileiro lhe garante, consoante o parágrafo único do artigo 2º da Lei 9.623/96, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério<sup>47</sup> e ao neonato<sup>48</sup>.

Para fazer valer estes direitos, o governo federal, mais especificamente o Ministério da Saúde, criou o Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria/GM 569 de 2000, com o objetivo primordial de “assegurar a melhoria do acesso, da

---

<sup>45</sup> Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54, julgada em 26 de novembro de 2008, pelo pleno do Tribunal, tendo sido relator o Ministro Marco Aurélio de Mello. Acórdão disponível em <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=573621>. Acesso em 23 set. 2012.

<sup>46</sup> DINIZ, Debora e MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência e Saúde Coletiva*. 15(Supl. 1), 2010: p. 964.

<sup>47</sup> Puerpério é o período que se segue ao parto até que o estado geral da mulher retorne à normalidade.

<sup>48</sup> Neonato é a criança recém-nascida.

cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania”<sup>49</sup>.

O PHPN estabelece as ações que compõem o adequado acompanhamento pré-natal e a assistência à gestante e à puérpera<sup>50</sup>. A seguir apresentam-se estas ações, bem como, quando disponíveis, os resultados da PNDS 2006, que demonstram em que medida estes direitos estão ou não sendo efetivados:

- (i) realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, direito este garantido quase que universalmente, uma vez que somente 1,3% das mães não a realizaram<sup>51</sup>;
- (ii) garantir a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. As seis consultas ocorreram em 80,9% das gestações, com diferenças estatisticamente significantes quanto aos fatores: macrorregião, tipo de serviço, anos de estudo, classificação socioeconômica e ordem de nascimento. Já o início precoce do acompanhamento, isto é, no primeiro trimestre, ocorreu em somente 83,6% dos casos<sup>52</sup>;
- (iii) garantir a realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. Somente 39,2% das mães realizaram esta consulta, com variações significativamente associadas à macrorregião, à situação de residência, aos anos de estudo, ao tipo de serviço, à classificação econômica e, ainda, à idade da mãe no parto<sup>53</sup>;

---

<sup>49</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002: p. 5. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 ago, 2012.

<sup>50</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002: p. 6-7. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 ago, 2012.

<sup>51</sup> LAGO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 158.

<sup>52</sup> LAGO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 158.

<sup>53</sup> GO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 165.

- (iv) garantir a realização de exames laboratoriais, sendo que a porcentagem média de gestantes no Brasil que realizou o exame de urina foi 86,6% e o exame de sangue foi 91,5%<sup>54</sup>;
- (v) realizar a testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, nos municípios com população acima de cinquenta mil habitantes;
- (vi) aplicar a vacina antitetânica dose imunizante ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, direito este efetivado de forma absolutamente insuficiente, uma vez que em 31% dos casos a mãe não tomou nenhuma dose<sup>55</sup>;
- (vii) realizar atividades educativas;
- (viii) realizar a classificação de risco gestacional na primeira consulta e repetir o procedimento nas consultas subsequentes; e, por fim,
- (ix) garantir às gestantes classificadas como de risco o atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. Neste caso, em média, 61,4% das gestante receberam orientação durante o pré-natal sobre qual a unidade hospitalar a ser procurada no momento do parto<sup>56</sup>.

É importante ressaltar que o PHPN fundamenta-se na ideia de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é “condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério”<sup>57</sup>. A humanização, dispõe o documento, compreende dois aspectos fundamentais: “a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e recém nascido” e a

“adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos a ambos”<sup>58</sup>.

---

<sup>54</sup> LAGO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 159.

<sup>55</sup> GO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 158.

<sup>56</sup> GO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 160.

<sup>57</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002: p. 5. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 ago, 2012.

<sup>58</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002: p. 5-6. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 ago, 2012.

O programa enfatiza, de um lado, a redução do uso abusivo da cesárea, procedimento feito, de acordo com dados da PNDS 2006, em “43,8% dos nascimentos, tendo sido mais frequente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, em usuárias do sistema privado de saúde e entre mulheres de classe econômica mais alta<sup>59</sup>”; e, de outro, a não realização da prática de episiotomia<sup>60</sup> de rotina, cuja taxa no Brasil chegou na década de 90 a 94,2% dos partos realizados em hospitais<sup>61</sup> e, de acordo com a PNDS 2006, foi realizada em 71,6% dos partos<sup>62</sup>, o que demonstra a vigência, ainda hoje, de um modelo intervencionista no sistema de saúde brasileiro. Destarte, é possível afirmar que o PHPN estimula o parto normal humanizado, realizado de acordo com a melhor evidência médica-científica, ou seja, com “o mínimo de interferência compatível com a segurança”<sup>63</sup>.

Soma-se ao PHPN a adoção da Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005, que assegura à parturiente o direito a um acompanhante por ela indicado durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato - que abrange os dez dias posteriores ao parto - em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde. Embora esta seja uma demanda antiga do movimento de mulheres, a efetivação deste direito ainda encontra muita resistência, especialmente em razão da cobrança de taxa que afeta desproporcionalmente às mulheres em condições socioeconômicas mais precárias. Basta verificar que, de acordo com a PNDS 2006, somente 16,3% dos partos foram feitos com a presença de um acompanhante, variando entre o mínimo de 12,1% no Nordeste e 19,3% no Sul<sup>64</sup>.

---

<sup>59</sup> LAGO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 152.

<sup>60</sup> Episiotomia é um corte no períneo das mulheres que fazem partos vaginais que é feito por médicos sob a alegação de que facilita o parto e preserva o estado genital da parturiente. Entretanto, a evidência científica, tal como aponta DINIZ e CHACHAM, recomenda a episiotomia em 10 a 15% dos casos, já que para a maioria das mulheres provoca danos sexuais, dor intensa, complicações infecciosas, entre outras consequências negativas. DINIZ, Simone e CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, 2006: p. 85.

<sup>61</sup> DINIZ, Simone e CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, 2006: p. 85.

<sup>62</sup> LAGO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 163.

<sup>63</sup> DINIZ, Simone e CHACHAM, Alessandra. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, 2006: p. 81.

<sup>64</sup> LAGO, Tania Di Giacomo e PEREIRA DE LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 162.

Mais recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha<sup>65</sup>, uma estratégia operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde, que se soma ao PHPN com os seguintes objetivos: (i) implementar um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança; (ii) estabelecer uma rede de atenção à saúde que garanta o acesso, o acolhimento e a resolutividade; e, ainda, (iii) reduzir a mortalidade materna e neonatal.

A Rede Cegonha garante às mulheres, aos recém-nascidos e às crianças: a ampliação do acesso, acolhimento (com classificação de risco) e a melhoria da qualidade do pré-natal; o transporte (gratuito e seguro) tanto para o pré-natal quanto para o parto; a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção (entende-se, com uma atenção médica baseada em evidência<sup>66</sup>); o acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; a atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e, por fim, o acesso ao planejamento reprodutivo<sup>67</sup>. Tendo em vista sua criação e implementação recente, ainda não é possível verificar o impacto do programa da Rede Cegonha na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres. De todo modo, com base nos dados da PNDS 2006 apresentados, é possível dizer que houve uma ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde, embora ainda haja um longo caminho para que todos os seus direitos relativos ao pré-natal, parto e puerpério sejam garantidos com qualidade.

### **Pós-nascimento**

Acima foram apresentados os direitos fundamentais das mulheres que compõem os direitos reprodutivos tal como definidos atualmente no âmbito internacional. Contudo, como mencionado, é desejável uma ampliação desta definição para que incorpore o trabalho do cuidado e socialização das crianças, oferecendo à mulher o suporte social necessário ao exercício da maternidade.

A proteção à maternidade e à gestante está prevista na Constituição Federal na parte relativa à seguridade social, sendo entendida como um direito previdenciário das mulheres (artigo 201, inciso II). A assistência social, prestada a quem dela necessitar, independe de contribuição à

---

<sup>65</sup> Mais informações sobre a Rede Cegonha podem ser encontradas em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082). Acesso em: 20 set. 2012.

<sup>66</sup> A ‘medicina baseada em evidência’, consoante LOPES, traduz-se pela “prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica”. LOPES, A.A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Revista Associação Médica Brasileira, 2000; 46(3): 285.

<sup>67</sup> Conforme página da Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082). Acesso em: 20 set. 2012.

seguridade social, e deve proteger a família e a maternidade (artigo 203, inciso I, da CF). Ambas as previsões garantem às mulheres que, ao se tornarem mães, quando do nascimento de seus filhos, gozarão de especial proteção por parte do Estado brasileiro. Entende-se como essencial à proteção do exercício da maternidade a garantia do direito à habitação, comumente referido como direito à moradia adequada, e do direito ao trabalho, que inclui o direito à creche e à educação infantil para as crianças.

O direito à habitação<sup>68</sup> está previsto entre os direitos sociais no artigo 6º da Constituição Federal. Sua efetivação, por meio de políticas públicas, é uma responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e está prevista no artigo 23, inciso IX da Constituição, que dispõe acerca da promoção de programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais de saneamento básico. Apesar de sua importância, a Relatoria Nacional do Direito Humanos à Moradia Adequada e Terra Urbana, afirma que este direito ainda não foi efetivado ao conjunto de cidadãos e cidadãs brasileiros e que há um enorme déficit habitacional<sup>69</sup>. Evidentemente, a ausência de um local adequado para viver e criar seus filhos coloca tanto a mãe quanto as crianças em situação de extrema vulnerabilidade, constituindo assim não só uma violação ao direito fundamental à moradia dessa mulher, como também uma violação ao direito da criança, que deve, de acordo com o artigo 227 da Constituição Federal, ter absoluta prioridade em todas as políticas públicas.

Paralelamente, a Constituição Federal assegura às mulheres trabalhadoras, entre outros, o direito à licença-maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias (artigo 7º, inciso XVIII) e o direito à assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até os cinco anos de idade em creches e pré-escolas (artigo 7º, inciso XXV). Vale mencionar também que o artigo 7º, em seu inciso XIX, prevê a licença-paternidade, a ser fixada por lei infraconstitucional, que revela a preocupação do constituinte com a participação dos pais nos cuidados dos primeiros dias de vida das crianças<sup>70</sup>. A importância destes direitos para as mulheres que são mães é evidente quando se tem em vista que, do ponto de vista histórico, muitas mulheres ficaram restritas ao espaço doméstico por exercerem a função social de mães, esposas e donas de casa.

---

<sup>68</sup> O direito à habitação, ou o direito à moradia adequada, está minuciosamente descrito no Comentário Geral n. 4 do Comitê do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais, e pode ser resumido como sendo o direito de viver em um local seguro, com paz e dignidade.

<sup>69</sup> MORAES, Lucia e DAYRELL, Marcelo. *Direito Humano à Moradia e Terra Urbana*. Coleção Cartilhas de Direitos Humanos, v. 1. Curitiba: Plataforma DhESCA Brasil, 2008.

<sup>70</sup> Ainda que possa ser considerada um avanço, a licença-paternidade, estabelecida pelo artigo 10, parágrafo 1º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, é simbólica já que restrita a cinco dias a serem contados a partir da data do nascimento somente para os homens com vínculo empregatício formal.

A licença-maternidade visa garantir à mulher que ela possa deixar de trabalhar, sem deixar de receber seu salário, para amamentar seu filho ao menos até seu quarto mês de vida<sup>71</sup>. Este direito é reconhecido e efetivado para todas as mulheres que tem um vínculo formal de emprego. Contudo, consoante dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, citado por Marques e Sanchez, o percentual de informalidade dos trabalhadores naquele ano, ainda que com tendência de queda, era de 51,7%<sup>72</sup> - o que significa que muitas mulheres, que não têm emprego formal, não usufruem deste direito.

Uma vez terminado o período da licença-maternidade, é imprescindível que tenham onde deixar seus filhos pequenos para terem a liberdade e a tranquilidade para saírem de suas casas e voltarem a trabalhar e gerar renda. É central, portanto, que se garantam às crianças o direito à creche e à educação infantil. Consoante dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, resultantes da PNAD 2006<sup>73</sup>, somente 15,5% das crianças de 0 a 3 anos frequentava creche e, de um total de 14 milhões de crianças de 0 a 17 anos fora da escola, 82,4% tinham 0 a 6 anos de idade. Sendo muitas mulheres atualmente chefes de família<sup>74</sup>, ou seja, suas principais provedoras, aquelas que são mães, em razão da violação de seus direitos fundamentais, não tendo o suporte social do Estado, acabam por deixar seus filhos sob o cuidado dos mais velhos, de vizinhas, parentes próximos etc.

### **Considerações Finais**

Em vista de todo o acima exposto, fica evidente que, a despeito do reconhecimento formal dos direitos reprodutivos das mulheres no âmbito internacional e no ordenamento jurídico nacional ter sido uma grande conquista dos movimentos feministas e de mulheres, nem aqueles contemplados pela definição atual de direitos reprodutivos, tampouco aqueles não incluídos, mas cuja incorporação é desejável, converteram-se em realidade para as mulheres. Apesar dos avanços, os esforços do governo brasileiro em implementar os direitos das mulheres relativos à saúde reprodutiva já garantidos mostram-se, como visto pelos dados apresentados, ainda insuficientes. No que tange aos direitos das mulheres após o nascimento

---

<sup>71</sup> Em 9 de setembro de 2008 foi aprovada a Lei n. 11.770, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2010, que cria o Programa 'Empresa Cidadã', por meio do qual empresas que a ele aderirem prorrogam, mediante incentivo fiscal, a licença-maternidade de suas empregadas em 60 dias, que passa então a ser de seis meses.

<sup>72</sup> MARQUES, Lilian Arruda e SANCHES, Solange. *Desigualdades de Gênero e Raça no Mercado de Trabalho: tendências recentes*. In: OIT. *Igualdade de gênero e raça no trabalho: avanços e desafios*. Brasília: OIT, 2010, p. 63.

<sup>73</sup> IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006*. Aspectos Complementares de Educação, Afazeres Domésticos e Trabalho Infantil. Rio de Janeiro, 2008: p. 40.

<sup>74</sup> De acordo com o IPEA, o percentual de famílias chefiadas por mulheres subiu de aproximadamente 27% para 35% entre 2001 e 2009. IPEA. *Comunicado do IPEA n. 65*. PNAD 2009 – Primeiras análises: investigando a chefia feminina de família. Brasília: 11 de novembro de 2010: p. 4.

da criança – ainda não reconhecidos como parte do conjunto de direitos que compõem os direitos reprodutivos - faz-se extremamente importante a adoção pelo Estado, de um lado, de políticas de promoção da paternidade responsável, que gerem uma melhor e mais equilibrada divisão sexual do trabalho, com responsabilidades pelas crianças compartilhadas pelos pais; e, de outro, políticas de suporte social à maternidade, que reconheçam a sobrecarga de trabalho da mulher advinda do cuidado e da socialização das crianças, possibilitando a ela, enquanto mãe, realizar todo o seu potencial.

Assim, torna-se claro que a efetivação integral de todos estes direitos pelo Estado brasileiro, por meio de políticas públicas de saúde, de habitação ou trabalhistas, abrangendo os períodos imediatamente anterior, durante a reprodução e após o nascimento da criança, é essencial para a promoção da igualdade de gênero de modo que as mulheres possam, sem discriminação, viver uma vida digna, contando com o apoio dos pais para o cuidado com as crianças, do suporte do Estado para aquilo que é fundamental e, ainda, com seu trabalho para o que é de sua escolha.

O Estado brasileiro, ao não respeitar, proteger e implementar os direitos humanos e os direitos fundamentais das mulheres que compõem os direitos reprodutivos - quais sejam, formalmente, o direito à educação sexual e à informação adequada, o direito ao acesso aos métodos contraceptivos e o direito ao aborto, que garantem o direito a ter e a não ter filhos e, ainda, o direito ao atendimento pré-natal, à assistência ao parto, ao puerpério, que garantem a saúde e a vida da mulher; além daqueles que deveriam compor o núcleo de direitos reprodutivos, isto é, o direito à habitação e o direito ao trabalho e à creche e educação infantil, que asseguram o suporte social à maternidade – discrimina as mulheres, limitando sua autodeterminação e liberdade reprodutivas, contribuindo, assim, para a perpetuação da desigualdade de gênero.

**Websites:**

Center for Reproductive Rights: [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org), disponível em inglês e espanhol.

CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação: [www.cepia.org.br](http://www.cepia.org.br).

CLAM – Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos: [http://www.clam.org.br/default\\_home.asp](http://www.clam.org.br/default_home.asp).

NEPO – Núcleo de Estudos da População da UNICAMP: [www.nepo.unicamp.br](http://www.nepo.unicamp.br).

Oficina do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org), disponível em inglês e espanhol.

ONU Mulheres: [www.unifem.org.br](http://www.unifem.org.br).

Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia: [www.generoracaetnia.org.br](http://www.generoracaetnia.org.br).

SOS Corpo: [www.soscorpo.org.br](http://www.soscorpo.org.br).

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org), disponível em inglês e espanhol.

**Referências Bibliográficas:**

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, ano 1, v. 2, 1993:382-393.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, Sup. 2, 2003: S465-S469.

BOZON, Michel. *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

CORRÊA, Sonia. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999:39-50.

CORRÊA, Sonia e ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.) *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2003:17-78.

DINIZ, Debora e MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 15, Supl. 1, 2010: p. 959-966.

DINIZ, Simone G. *Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta*. 2000. Disponível em: <[http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade\\_voluntaria.pdf](http://www.mulheres.org.br/documentos/maternidade_voluntaria.pdf)>. Acesso em 17 set. 2012.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006*. Aspectos Complementares de Educação, Afazeres Domésticos e Trabalho Infantil. Rio de Janeiro, 2008: 322 páginas.

IPEA. *Comunicado do IPEA n. 65*. PNAD 2009 – Primeiras análises: investigando a chefia feminina de família. Brasília: 11 de novembro de 2010.

LAGO, Tania Di Giacomo do e PEREIRA De LIMA, Liliam. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. *In: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 152- 171.

LOPES, A.A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Revista Associação Médica Brasileira*, 2000; 46(3): 285-288.

MARQUES, Lilian Arruda e SANCHES, Solange. Desigualdades de Gênero e Raça no Mercado de Trabalho: tendências recentes. *In: OIT. Igualdade de gênero e raça no trabalho: avanços e desafios*. Brasília: OIT, 2010, p. 51-79.

MATTAR, Laura Davis. *Direitos maternos: uma perspectiva possível dos direitos humanos para o suporte social à maternidade*. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011: p. 146. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20118033002010067P7>. Acesso em: 15 ago, 2012.

MATTAR, Laura Davis e DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Vol.16, n. 40, 2012: p. 107-120.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 15 ago, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do

Pré-natal e Nascimento. Informes Técnicos Institucionais. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(2): 383-387.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3a edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MORAES, Lucia e DAYRELL, Marcelo. *Direito Humano à Moradia e Terra Urbana*. Coleção Cartilhas de Direitos Humanos, v. 1. Curitiba: Plataforma DhESCA Brasil, 2008.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva e WONG, Laura L. Rodriguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. *In: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 88-104.

PETCHESKY, Rosalind. On the Unstable Marriage of Reproductive and Sexual Rights. The Case for a Trial Separation. *Conscience Magazine*, Spring 2006. Disponível em: [http://www.catholicsforchoice.org/conscience/archives/c2006spring\\_unstablemarriage.asp](http://www.catholicsforchoice.org/conscience/archives/c2006spring_unstablemarriage.asp). Acesso em: 15 ago. 2012.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7a. ed. revista e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2006.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão (CID-10). Versão 2008, Volume I. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em 17 set. 2012.

SIEGEL, Reva. Abortion as a sex equality right: its basis in feminist theory. *In: FINEMAN, Martha e KARPIN, Isabel. Mothers in Law. Feminist Theory and the Legal Regulation of Motherhood*. Nova Iorque: Columbia University Press. 1995:43-72.

VENTURA, Miriam. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: <http://www.generoracaetnia.org.br/pt/publicacoes/item/135-direitos-reprodutivos-no-brasil.html>. Acesso em: 15 ago. 2012.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *In: The Lancet. Saúde no Brasil*. Maio de 2011: 32-46. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista\\_the\\_lancet.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf). Acesso em: 16 set. 2012.

WONG, Laura L. Rodriguez e PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Uma visão transversal e longitudinal de quatro décadas de queda de fecundidade no Brasil. *In: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Ministério da Saúde. 2009, p. 72-86.