

**No relatório de 2002 submetido ao Comitê CEDAW, o Brasil afirmou que o número de mortes relacionadas à gravidez era em todas as faixas etárias maior entre mulheres negras. O documento destacou ainda que em uma região, as mulheres negras tinham sete vezes mais chances de morrer de uma causa relacionada à gravidez ou ao parto se comparadas a outras mulheres.<sup>1</sup>**

Ao redor do mundo, a gravidez apresenta sérios riscos às mulheres: uma mulher morre a cada minuto por causa relacionada a gravidez e ao parto,<sup>2</sup> o que significa mais de meio milhão de mortes de mulheres a cada ano.<sup>3</sup> Homens com idade entre 15 e 44 anos não enfrentam ameaça alguma às suas vidas e saúde que seja comparável à morte e incapacidade maternas.<sup>4</sup> Em países em desenvolvimento, complicações relacionadas à gravidez e ao parto são a principal causa de morte de jovens mulheres e meninas com idade entre 15 a 19 anos.<sup>5</sup> Mulheres que vivem nas zonas rurais ou que têm baixo nível socioeconômico são as que correm mais risco de morrer ou de sofrerem as consequências de uma gravidez sem o atendimento necessário.<sup>6</sup>

O caso Alyne dá visibilidade às graves injustiças relativas à mortalidade materna, particularmente no contexto brasileiro. É o primeiro caso individual levado a um órgão de direitos humanos da ONU - o Comitê para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres (Comitê CEDAW) – que apresenta a mortalidade materna como uma violação de direitos humanos e busca responsabilizar o governo pelo sistemático fracasso em prevenir a morte materna. As reivindicações feitas na petição derivam de padrões internacionais de direitos reprodutivos que ganharam maior reconhecimento nos últimos 20 anos. Esses padrões incluem aqueles articulados em documentos internacionais consensuais adotados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 e na Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Mulheres de 1995, bem como aquelas encontradas e articuladas em uma interpretação progressiva de tratados de direitos humanos feita pelos Comitês da ONU de monitoramento de tratados e a jurisprudência resultante do uso dos mecanismos individuais por ativistas. O caso Alyne torna evidente que os governos não podem mais ignorar suas obrigações internacionais e regionais de assegurar que as mulheres sobrevivam à gravidez e ao parto e tenham gestações prósperas.

O Comitê CEDAW, ao aceitar o caso, tem o potencial de criar importante precedente que poderá impactar a interpretação e aplicação dos direitos humanos das mulheres em todo o mundo. Além disso, terá a oportunidade de explicitar a extensão das obrigações governamentais em reduzir a mortalidade materna, particularmente em países com condições sociais, econômicas, e políticas similares às do Brasil.

<sup>1</sup> Comitê para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres (Comitê CEDAW), *Brasil: Considerações sobre os Relatórios Submetidos pelos Estados-Partes de acordo com o Artigo 18 da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres* 60 (2002), 29a. sessão, UN Doc. CEDAW/C/BRA/1-5, disponível em <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/687/25/pdf/N0268725.pdf?OpenElement> (último acesso em 19 de julho, 2011) [daqui em diante o Comitê CEDAW, 2002 *Relatório Brasileiro*].

<sup>2</sup> Veja UNFPA, *Estatísticas de Mortalidade Materna*, disponível em <http://www.unfpa.org/mothers/statistics.htm> (último acesso em 4 de dezembro, 2008).

<sup>3</sup> Veja UNFPA, CENTRO DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE ESSEX, Paul Hunt e Judith Bueno de Mesquita, *Reduzindo a Mortalidade Materna: A Contribuição do Direito ao Mais Alto Padrão de Saúde* 3 (2007), disponível em [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/750\\_filename\\_reducing\\_mm.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/750_filename_reducing_mm.pdf) (último acesso em 17 de agosto, 2010).

<sup>4</sup> *Veja id.* em 4; *Veja também* Alicia Ely Yamin & Debora P. Maine, *Mortalidade Materna como uma Questão de Direitos Humanos: Medindo o Cumprimento de Obrigações em Tratados Internacionais*, HUMAN RIGHTS QUARTERLY 564 (1999).

<sup>5</sup> *Veja* UNFPA, *Situação da População Mundial: O Consenso de Cairo após 10 anos: População, Saúde Reprodutiva e o Esforço Global para Terminar com a Pobreza* 76 (2004), disponível em [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/swp04\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/swp04_eng.pdf) (último acesso em 17 de agosto, 2010).

<sup>6</sup> *Veja, de modo geral*, CENTRO DE DIREITOS REPRODUTIVOS, *Promessas Quebradas: Direitos Humanos, Responsabilização e Morte Materna na Nigéria* (2008), disponível em <http://reproductiverights.org/en/document/broken-promises-human-rights-accountability-and-maternal-death-in-nigeria> (último acesso em 17 de agosto, 2010).

### Visão geral do caso

**Alyne da Silva Pimentel**, brasileira, afrodescendente, residente de um dos distritos mais pobres do Rio de Janeiro, grávida de seis meses, precisou ser submetida a um parto induzido e receber cuidados pós-parto para prevenir possíveis complicações que colocariam em risco sua vida. Por repetidas vezes, houve demora no recebimento do tratamento médico-obstétrico. Essa demora, em última instância, resultou na morte prevenível de **Alyne**.

Quando começou a vomitar e sentir fortes dores na região do abdômen, **Alyne** buscou cuidados médicos no centro de saúde local. Apesar destes sinais indicarem uma gravidez de alto risco, os médicos não realizaram exames e ela foi mandada para casa com vitaminas, cremes vaginais e medicamentos anti-náusea. Ela continuou sentindo dores fortes e retornou ao centro de saúde após dois dias. Nessa ocasião, os médicos descobriram que não havia batimento cardíaco fetal. **Alyne**, novamente, não foi atendida e, algumas horas depois, deu à luz a um natimorto. Apesar dos protocolos médicos exigirem que **Alyne** fizesse uma curetagem imediata para remover restos de placenta e prevenir uma possível hemorragia e infecção, tal cirurgia só foi ocorrer, aproximadamente, 14 horas depois.

Após a cirurgia, **Alyne** teve uma hemorragia severa, pressão baixa e sensação de desorientação. Mesmo com estes sérios sintomas, os médicos foram negligentes e não realizaram quaisquer exames. Tendo em vista que a mãe de **Alyne** não podia visitá-la, ela decidiu ligar de hora em hora para o centro de saúde para verificar as condições de saúde de sua filha. O centro fez sua mãe acreditar que ela se encontrava bem, pois repetidamente afirmava que sua filha estava bem.

Com a piora do quadro de **Alyne**, os profissionais de saúde decidiram que ela precisava ser transferida para um hospital que contasse com equipamentos adequados para tratá-la. Os médicos no centro de saúde localizaram, então, um leito para **Alyne** no Hospital Geral de Nova Iguaçu (Hospital Geral), mas os funcionários do centro de saúde recusaram-se a usar sua única ambulância para transportá-la para o Hospital Geral. Por essa razão, a mãe e o marido de **Alyne** tentaram conseguir uma ambulância privada, sem sucesso. Finalmente, o Hospital Geral autorizou o uso de sua ambulância para o transporte da paciente.

Durante os três dias em que o estado de **Alyne** se deteriorava, os profissionais de saúde pediram repetidamente à sua mãe para recuperar suas informações médicas guardadas na casa da família, já que os funcionários do serviço de saúde não as conseguiam localizar. Funcionários do Hospital Geral também pediram à mãe de **Alyne** para voltar ao centro de saúde para buscar tais informações, já que não foram trazidas junto com a paciente na ambulância. Ao retornar ao centro de saúde, a mãe de **Alyne** foi questionada quanto ao porquê de querer tais informações. Ao final, os médicos no Hospital Geral receberam somente uma explicação oral da situação de saúde de **Alyne** e, de acordo com informações médicas posteriores, trataram **Alyne** sem conhecimento de que ela tinha acabado de dar à luz a um natimorto.

Logo após chegar ao hospital, **Alyne** foi ressuscitada já que sua pressão arterial despencou para zero. Mais tarde ela foi colocada no corredor da sala de emergência onde foi deixada sem atendimento—local este onde sua mãe a encontrou com sangue na boca e nas roupas. **Alyne** morreu em 16 de novembro de 2001, 21 horas depois de sua chegada ao hospital, em razão de uma causa absolutamente prevenível. **Alyne** deixou um marido e uma filha de 6 anos. A mãe procurou reparar a morte de sua filha com uma ação de indenização civil por danos materiais e morais contra o sistema público de saúde. Até a presente data, o Poder Judiciário brasileiro não respondeu de forma efetiva e em tempo razoável.

## Mortalidade Materna: Um problema sistêmico no Brasil

O caso de **Alyne** representa a falha sistêmica do Brasil para prover acesso a saúde materna igual e de boa qualidade. O governo tem promulgado políticas e programas para eliminar morte maternas evitáveis, mas os esforços ainda são insuficientes. As taxas de mortalidade materna no Brasil são desproporcionalmente altas para um país com a sua capacidade econômica e a probabilidade de morrer durante a gravidez e o parto maiores é maior para mulheres indígenas, de baixa renda e afrodescendentes.<sup>7</sup> A disparidade entre o desenvolvimento econômico do Brasil e suas taxas de morte materna prova a necessidade de uma ação consistente.

Geralmente, a mortalidade materna é de fácil prevenção e custa pouco. Na verdade, a Comissão Parlamentar Federal de Inquérito à Mortalidade Materna no Brasil relatou no ano 2007 que 90% dos casos de morte materna no Brasil são evitáveis.<sup>8</sup> A maioria das mortes maternas é causada por infecções, hemorragia ou abortos inseguros. Estas causas são complicações tratáveis para profissionais de saúde. Nem equipamento tecnologicamente avançado nem drogas caras são necessários para remediar complicações comuns da gravidez como infecção, choque, perda de sangue e convulsões ou para fazer uma cesariana.<sup>9</sup>

## A falha do Brasil ao priorizar a redução da mortalidade materna

Apesar de ter realizado progresso significativo em outras áreas da saúde pública, o Brasil falhou em priorizar a redução da mortalidade materna. O país identificou duas prioridades de saúde no seu Plano Plurianual de 2007-2011, mas nenhuma delas foi reduzir a mortalidade materna. Em resposta a uma análise do estado de saúde em 17 países latino-americanos e caribenhos, o Brasil não se referiu à saúde materna como prioridade principal.<sup>10</sup> A falha do país ao não se referir à mortalidade materna indica a despreocupação em tratá-la como problema urgente.

Enquanto o Brasil tem sido elogiado como líder mundial em realizar outros Objetivos do Desenvolvimento do Milênio—reduzindo a transmissão do VIH, a pobreza, e a mortalidade infantil—o governo não tem priorizado a mortalidade materna.<sup>11</sup> Quase 2/3 de mulheres que morrem de causas relacionadas à gravidez dependem inteiramente do sistema de saúde público e 91.5% dos partos acontecem em hospitais públicos.<sup>12</sup> Porém, muitas vezes camas e registros médicos do hospital não estão disponíveis no momento de dar a luz, o que compromete o cuidado com a saúde das mulheres.<sup>13</sup>

## Desigualdades de raça e gênero subjacentes mortes maternas

Subjacentes a falha do Brasil de priorizar a redução da mortalidade materna são desigualdades chocantes de raça e gênero. Enquanto mulheres geralmente têm níveis maiores de educação no Brasil, um estudo de 2002 do Banco Mundial confirma que mulheres ganham apenas 66% do que os homens ganham, fazendo com que o Brasil tenha uma das maiores diferenças salariais de gênero na região.<sup>14</sup> Além disso, pesquisas confirmam que preconceitos e estereótipos de gênero estão arraigados no sistema de educação no Brasil, o que liga os homens à vida pública e as mulheres à esfera privada.<sup>15</sup> Desta maneira, a menor condição econômica e social das mulheres contribuiu para a falta de atenção prestada à sua saúde e sobrevivência, tanto quanto aos obstáculos que prejudicam o acesso ao cuidado de saúde das mulheres.

Em termos de raça, os afrodescendentes constituem 61% dos pobres no país<sup>16</sup> e pela própria admissão do Brasil, “a pobreza se concentra em mulheres negras e afrodescendentes.”<sup>17</sup> As brasileiras de ascendência africana “têm menor acesso à educação, menor condição social e econômica, e pior condições de alojamento e vida que as de mulheres brancas.”<sup>18</sup> Além disso, no ano 2006, o Ministro de Saúde admitiu publicamente a existência do racismo em serviços de saúde pública providos aos pacientes negros.<sup>19</sup> O fato de que as mulheres negras estão “sujeitas a dupla discriminação,” por ser mulher e afrodescendente,<sup>20</sup> e que enfrentam discriminação socioeconômica imensa no Brasil, faz com que a taxa de mortalidade materna seja maior entre mulheres negras de todas as idades.<sup>21</sup>

<sup>7</sup> Veja Organização das Nações Unidas (ONU), *Uma leitura das Nações Unidas sobre os Desafios e Potenciais do Brasil (CCA)*, parás. 40,41, em 14 (2005), disponível em [http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20\(eng\).pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20(eng).pdf) (último acesso em 19 de julho, 2011).

<sup>8</sup> Veja Comitê Latino-Americano e do Caribe para Defesa Dos Direitos da Mulher (CLADEM), *Relatório Alternativo de Monitoramento do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil*, resumo executivo, disponível em [http://www.cladem.org/english/regional/monitoreo\\_convenios/descMMbrasili.asp](http://www.cladem.org/english/regional/monitoreo_convenios/descMMbrasili.asp) (último acesso em 4 de dezembro, 2007) [daqui em diante *Relatório Alternativo de Monitoramento ao PIDESC – Mortalidade Materna no Brasil*].

- <sup>9</sup> Veja Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Carla AbouZahr, *Mortalidade Materna: Ajudando Mães a Viver*, disponível em <http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/374> (último acesso em 8 de dezembro, 2008).
- <sup>10</sup> Veja, *de modo geral*, Comissão Econômica para América Latina e Caribe (La Comisión Económica para América Latina), *Panorama Social da América Latina, Capítulo V: Agenda Social: Políticas e Programas Nacionais de Saúde na América Latina* (2005), disponível em [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/24054/PSI2005\\_Cap5\\_Agenda-Social.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/24054/PSI2005_Cap5_Agenda-Social.pdf) (último acesso em 17 de agosto, 2010).
- <sup>11</sup> Veja Departamento para o Desenvolvimento Internacional, *O Desafio do Desenvolvimento para o Brasil 2.2*, disponível em <http://webarchive.nationalarchives.gov>
- <sup>12</sup> Veja *Relatório Alternativo de Monitoramento ao PIDESEC – Mortalidade Materna no Brasil*, supra nota 8.
- <sup>13</sup> Veja Banco Mundial, *Brasil: Saúde Materno-Infantil* 40-41, 63 (2002), disponível em [http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/04/12/000094946\\_02040304022680/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/04/12/000094946_02040304022680/Rendered/PDF/multi0page.pdf) (último acesso em 17 de agosto, 2010) [daqui em diante Banco Mundial, *Brasil: Saúde Materno-Infantil*].
- <sup>14</sup> Veja Banco Mundial, *Revisão de Gênero no Brasil: Questões e Recomendações* 9 (23 de janeiro, 2002) disponível em [wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/07/16/000094946\\_02053104030340/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/07/16/000094946_02053104030340/Rendered/PDF/multi0page.pdf) (último acesso em 17 de agosto, 2010).
- <sup>15</sup> Veja *id.*
- <sup>16</sup> Veja ONU, *As Metas de Desenvolvimento do Milênio: Uma perspectiva Latina-Americana e Caribenha* 127, disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/ODMperspective.pdf> (último acesso em 8 de dezembro, 2007) [daqui em diante *MDM: Uma Perspectiva Latino-Americana e Caribenha*].
- <sup>17</sup> Comitê CEDAW, *2002 Relatório Brasileiro*, supra nota 1.
- <sup>18</sup> Veja *Relatório Alternativo de Monitoramento ao PIDESEC – Mortalidade Materna no Brasil*, supra nota 8.
- <sup>19</sup> Veja Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), *Dossiê sobre a situação das mulheres Negras Brasileiras* 23 (julho de 2007).
- <sup>20</sup> *MDM: Uma Perspectiva Latino-Americana e Caribenha*, supra nota 16, em 127.
- <sup>21</sup> Veja Comitê CEDAW, *2002 Relatório Brasileiro*, supra nota 1.

## DIREITO À VIDA

### Declaração Universal dos Direitos Humanos

**Artigo 3:** Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

### Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos

**Artigo 6(1):** O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deve ser protegido pela lei.

### Convenção Americana sobre Direitos Humanos

**Artigo 4(1):** Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida.

## DIREITO À PROTEÇÃO EFETIVA

### Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres

**Artigo 2(c):** Os Estados Partes condenam a discriminação contra as mulheres sob todas as suas formas, acordam em prosseguir, por todos os meios apropriados e sem demora, uma política tendente a eliminar a discriminação contra as mulheres e, com este fim, comprometem-se a ... Instaurar uma proteção jurisdicional dos direitos das mulheres em pé de igualdade com os homens e garantir, por intermédio dos tribunais nacionais competentes e outras instituições públicas, a proteção efetiva das mulheres contra qualquer ato discriminatório.

## DIREITO À SAÚDE

### Declaração Universal dos Direitos Humanos

**Artigo 25(1):** Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar . . . .

### Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais, e Culturais

**Artigo 10(2):** Deve-se conceder proteção às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto.

**Artigo 12(1):** [T]oda pessoa [tem o direito de] desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

**Artigo 12(2):** As medidas que os Estados partes . . . deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) a diminuição da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento sã das crianças; . . . d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

### Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres

**Artigo 12(1):** Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres no domínio dos cuidados de saúde, com vistas a assegurar-lhes, com base na igualdade dos homens e das mulheres, o acesso aos serviços médicos, incluindo os relativos ao planeamento da família.

**Artigo 12(2):** Não obstante as disposições do parágrafo 1 deste artigo, os Estados Partes fornecerão às mulheres durante a gravidez, durante o parto e depois do parto serviços apropriados e, se necessário, gratuitos, assim como uma nutrição adequada durante a gravidez e o aleitamento.

### Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial

**Artigo 5:** [O]s Estados Partes comprometem-se a proibir e a eliminar a discriminação racial em todas as suas formas e a garantir o direito de cada um . . . direitos à saúde pública, ao tratamento médico, à previdência social e aos serviços sociais.

### Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador)

**Artigo 10(1):** Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.

### DIREITO À IGUALDADE E NÃO-DISCRIMINAÇÃO

#### Declaração Universal dos Direitos Humanos

**Artigo 2:** Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

#### Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos

**Artigo 2(1):** Cada um dos Estados-Signatários . . . compromete-se a respeitar e a garantir a todos os indivíduos... os direitos reconhecidos no presente Pacto, sem distinção alguma de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra índole, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

#### Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais, e Culturais

**Artigo 2(2):** Os Estados Partes . . . comprometem-se a garantir que os direitos nele enunciados se exercerão sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação.

#### Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres

**Artigo 1:** [A] expressão “discriminação contra as mulheres” significa qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que tenha como efeito ou como objetivo comprometer ou destruir o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelas mulheres, seja qual for o seu estado civil, com base na igualdade dos homens e das mulheres, dos direitos do homem e das liberdades fundamentais nos domínios político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro domínio.

**Artigo 3:** Os Estados Partes tomam em todos os domínios . . . todas as medidas apropriadas, incluindo disposições legislativas para assegurar o pleno desenvolvimento e o progresso das mulheres, com vista a garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais, com base na igualdade com os homens.

#### Convenção Americana sobre Direitos Humanos

**Artigo 1(1):** Os Estados-Partes nesta Convenção comprometem-se a respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, [ou] sexo . . . .

Poucas meses depois da morte de **Alyne**, sua família procurou uma indenização civil no sistema de Justiça brasileiro. Sem conseguir nenhuma resposta efetiva do Estado por mais de quatro anos e meio, a família de **Alyne**, juntamente com o **Centro de Direitos Reprodutivos e ADVOCACI**, uma organização não governamental brasileira, apresentou uma petição individual perante o Comitê CEDAW em 30 de novembro de 2007. A petição alega que o sistema público de saúde brasileiro foi responsável pela morte de **Alyne** e, por essa razão, o governo violou o direito à vida, à saúde, à não-discriminação e à reparação. Esses direitos estão previstos tanto na Constituição Federal da República Federativa do Brasil como em tratados internacionais de direitos humanos, especialmente na CEDAW. Abaixo uma visão geral das alegações contidas na petição:

### **O Brasil tem o dever de assegurar à mulher o igual gozo de seus direitos à vida e à saúde**

As obrigações do Brasil previstas nos artigos 2 e 12 da CEDAW—de assegurar às mulheres o gozo igual dos direitos à vida e saúde e de eliminar a discriminação contra mulheres no campo de saúde—se tornaram iminentes com a ratificação da CEDAW pelo Brasil. Assim, o governo deve tomar medidas imediatas para assegurar que os direitos acima mencionados sejam efetivados.<sup>22</sup> O governo “não pode, sob quaisquer circunstâncias e de modo algum, justificar a não-conformidade de suas principais obrigações,” especialmente o direito à saúde<sup>23</sup> e deveria destinar o máximo de recursos disponíveis para garantir às mulheres uma gravidez e um parto seguros.<sup>24</sup>

### **O Brasil tem o dever de proteger os direitos das mulheres à vida e saúde, assegurando tratamento médico de boa qualidade durante o parto e atendimento médico obstétrico de emergência em tempo hábil**

O artigo 12(2) da CEDAW requer que os Estados Partes assegurem serviços de alta qualidade em relação à gravidez,<sup>25</sup> inclusive por meio da implementação de uma estratégia nacional integral para promover e monitorar a saúde da mulher e fornecer profissionais da saúde habilitados que tenham o nível apropriado de educação, capacidade e treinamento. Os Estados também têm o dever de alocar o máximo de recursos disponíveis para “assegurar às mulheres o direito a uma maternidade segura e serviços obstétricos de emergência,” inclusive o igual acesso aos serviços de qualidade.<sup>26</sup> No contexto de complicações relativas à gravidez, acesso a estes serviços em tempo hábil é absolutamente essencial.

### **O Brasil tem o dever de proteger os direitos das mulheres à igualdade e não-discriminação por meio de tribunais nacionais competentes e outras instituições públicas**

O Comitê CEDAW confirmou que o Artigo 2(c) não só requer que os Estados Partes estabeleçam meios legais, dentre outros, para combater a discriminação contra as mulheres, mas também que melhorem a implementação e o monitoramento das leis relevantes.<sup>27</sup> Além disso, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos requer que os Estados Partes usem todos os meios necessários para respeitar e assegurar os direitos humanos, inclusive tomando medidas concretas e específicas para remediar violações de direitos humanos.<sup>28</sup> O governo brasileiro tem o dever de colocar em funcionamento um sistema de Justiça eficaz e capaz de proteger as mulheres contra violações no contexto de saúde reprodutiva.

<sup>22</sup> Veja Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *Comentário Geral 14 (Art. 12: O direito ao mais alto padrão de saúde)* (22a. Sessão, 2000), em 30, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

<sup>23</sup> *Veja id.* em parágrafo 47.

<sup>24</sup> *Veja Comitê CEDAW, Recomendação Geral 24: Mulher e Saúde (Art. 12)* (20a. Sessão, 1999), re-impresso em COMPILAÇÃO DOS COMENTÁRIOS GERAIS E RECOMENDAÇÕES GERAIS DOS COMITÊS DE DIREITOS HUMANOS 280, parágrafo 27, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 (2004).

<sup>25</sup> *Veja id.* em parágrafo 29.

<sup>26</sup> *Id.* em parágrafos 27 e 31(b).

<sup>27</sup> *Veja Sahide Goecke (falecida) vs. Austria*, CEDAW Comun. no. 5/2005, parágrafo 12.1.2, U.N. Doc. CEDAW/C/39/D/5/2005 (2007); *Fatma Yildirim (falecida) vs. Austria*, CEDAW Comun. n. 6/2005, parágrafo 12.1.2, U.N. Doc. CEDAW/C/39/D/6/2005 (2007).

<sup>28</sup> *Veja, inter alia, Caso Cantos vs. Argentina*. Mérito, Reparaciones e Custas. Sentença de 28 de novembro de 2002. Corte I.D.H., (Ser. C) No. 97, parágrafo 59.

### A decisão

Determinação divulgada em agosto de 2011 pelo Comitê CEDAW, sobre o primeiro caso de mortalidade materna analisado internacionalmente, estabelece que os governos têm a obrigação de cumprir com os direitos humanos e garantir que todas as mulheres em todos os países, indiferente raça ou renda, tenham condições de acessar serviços de pré-natal de qualidade. A decisão estabelece ainda que mesmo quando governos terceirizam serviços de saúde, eles permanecerem diretamente responsáveis por estes serviços e tem o dever de regular e fiscalizar estas instituições.<sup>29</sup>

A decisão estabelece especificamente violações ao direito à saúde e à justiça e obriga ao governo brasileiro a:

- o Compensar a família de Alyne, incluindo sua mãe e filha.
- o Garantir o direito das mulheres à maternidade segura e acessível para o acesso adequado à cuidados obstétricos de emergência.
- o Proporcionar a formação profissional adequada para os trabalhadores de saúde.
- o Garantir que os serviços privados de saúde cumpram as normas nacionais e internacionais de cuidados de saúde reprodutiva.
- o Garantir sanções aos profissionais de saúde que violem os direitos reprodutivos das mulheres e seu direito ao acesso à saúde.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*, CEDAW Comun. no. 17/2008, pará. 7.5, U.N. Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011).

<sup>30</sup> *Id.* pará. 8.

“O que me surpreende é a necessidade de melhorar e fortalecer nossa aprendizagem e passar da lição para a ação. É a hora de rever não tanto os números, mas o que fazemos com eles. (...) Quero destacar o que chamo de dois pontos cegos, áreas nas quais eu acho que não estamos aprendendo lições ou não agindo baseados em lições já aprendidas. As duas lições que ainda precisam ser aprendidas têm a ver com a qualidade dos cuidados. Cuidados de qualidade suficiente vão fazer uma diferença em termos de mortalidade e morbidez? (...) A outra área enfoca em maior cobertura nacional em termos de alcançar os pobres.”

[Wendy J. Graham, Professora de Epidemiologia Obstétrica e Pesquisadora Senior de Impacto. “A geografia de progresso,” Conferência Mundial de Saúde Materna, 2010]

“A principal medida para evitar a morte da gestante é um pré-natal bem-feito. Mais mulheres têm acesso a ele hoje, mas nem sempre é de boa qualidade. Muitas gestantes chegam ao serviço de saúde no segundo mês de gravidez, mas não encontram médico. Quando são atendidas, entram numa fila para fazer os exames. Passam-se mais dois meses. Se o médico percebe que a mulher tem algum problema cardíaco, é encaminhada ao especialista. Até agendar a consulta se vão mais cinco meses. Antes de ser avaliada, o bebê já está nascendo. Se tiver hipertensão ou outra complicação, provavelmente deixará um órfão.”

[Eliane Brum & Cristiane Gatto, *Elas morreram de parto*, Época, 30 de maio, 2008, at 3, disponível em [Http://Revistaepoca.Globo.Com/Revista/Epoca/0,,EMI4930-15280-1,00 ELAS+MORRERAM+DE+PARTO.html](http://Revistaepoca.Globo.Com/Revista/Epoca/0,,EMI4930-15280-1,00 ELAS+MORRERAM+DE+PARTO.html)]

“**Alyne da Silva Pimentel** tinha 28 anos e estava no sexto mês de gravidez quando procurou um centro de saúde do Rio com vômitos e dores abdominais. Ela não sabia, mas o feto que carregava já estava morto. Demoraram para descobrir, demoraram para operá-la. Houve falta de atendimento, muitas horas de espera e ela morreu cinco dias depois, com hemorragia interna...Agora, mais de cinco anos depois, o caso levará o Brasil a ser julgado pela primeira vez pelo Comitê das Nações Unidas pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Cedaw).”

[Simone Iwasso, *Brasil vai a júri por morte materna*, 27 de maio, 2008, Estado de São Paulo, disponível em <http://www.estado.com.br/editorias/2008/05/27/ger-1.93.7.20080527.3.1.xml>]

### **A cobertura midiática em torno da decisão do caso, que saiu em agosto de 2011, segue abaixo:**

“O falecimento da afro-brasileira Alyne e a reação de seus familiares em busca da justiça demonstram como os direitos das mulheres continuam vulneráveis e como podem ser garantidos pela via legal. . . Apesar dos esforços que vêm sendo realizados, o Brasil ainda registra taxas elevadas de óbitos —68 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto a meta dos ODM aponta para 35 por 100 mil até 2015. . .A ONU Mulheres — Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres reitera o caráter fundamental da garantia dos direitos das mulheres à saúde, em especial das mulheres negra brasileiras, que, tomando este caso como exemplo, correm um risco de morte materna 80% mais alto que as brancas.”

[Rebecca Reichmann Tavares, *Nota à imprensa: Recomendações do Comitê CEDAW sobre os direitos das mulheres grávidas*, ONU Mulheres Brasil e Cone Sul, 17 de agosto, 2011, disponível em <http://www.onu.org.br/recomendacoes-do-comite-cedaw-sobre-os-direitos-das-mulheres-gravidas/>]

“Esta decisão histórica traz à luz as graves injustiças que expõem as mulheres e meninas - em particular os de grupos marginalizados - ao risco de morte materna e problemas de saúde. Neste primeiro caso de morte materna a ser decidida por um órgão internacional de direitos humanos, o Comitê estabeleceu que os governos têm o dever em direitos humanos para garantir que todas as mulheres em seus países - independentemente de renda ou de fundo racial—têm acesso aos serviços de saúde materna oportunos, não-discriminatórios e adequados.”

[Amnistia Internacional, *ONU responsabiliza o Brasil por mortalidade materna*, 17 de agosto, 2011, disponível em <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR19/013/2011/en/ce6d9b26-80fa-43c2-8007-373072b1b592/amr190132011en.html>]

“‘Nesse aspecto racial, acho que é de fato algo especial. Esse comitê costuma analisar questões de gênero, mas neste caso foi reconhecida a situação de desvantagem racial, e não só de gênero,’ conta [Rebecca Reichmann Tavares].”

[G1, *Órgão da ONU repreende Brasil por morte de mulher em hospital no RJ*, 17 de agosto, 2011, disponível em <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/08/caso-de-brasileira-morta-vai-corte-internacional-e-tem-vitoria-inedita.html>]

**Em 2003, o Comitê CEDAW expressou sua preocupação com “os altos índices, de mortalidade materna, particularmente nas regiões mais remotas onde o acesso aos serviços de saúde é limitado” e recomendou que o governo brasileiro tomasse medidas para “garantir o efetivo acesso das mulheres aos serviços e informações de saúde, particularmente em relação à saúde sexual e reprodutiva, inclusive para mulheres jovens, mulheres de grupos desfavorecidos e mulheres rurais”.**

O texto abaixo mostra aspectos que devem ser levados em consideração pela sociedade civil, doadores internacionais e o governo do Brasil para efetivamente reduzir a mortalidade materna.

### **O governo brasileiro:**

- o Oferecer indenização suficiente para a família da **Alyne**, inclusive para sua filha de treze anos, que também tem direito a medidas especiais de proteção, dentre elas as de assistência social, cuidado integral, educação e reabilitação para prevenir futuros danos irreparáveis.<sup>31</sup>
- o Fazer com que a redução da mortalidade materna seja uma prioridade na área de saúde e comprometer ajuda financeira suficiente para assegurar a implementação completa de um plano integral de redução da mortalidade materna, treinamento de profissionais de saúde, criação e implementação de protocolos e melhora os serviços de saúde em comunidades vulneráveis.
- o Regulamentar a área médica por meio da criação de mecanismos legais para o monitoramento de indicadores de saúde que controlem a qualidade dos serviços de saúde para mulheres em cidades e estados.
- o Monitorar o cumprimento com as regulações existentes que requerem que as mortes maternas sejam investigadas e reportadas com precisão.

### **A sociedade civil:**

- o Incitar o governo e o público brasileiro a priorizar a redução de mortalidade materna e a reconhecer que os cuidados com a saúde materna são uma prioridade e que a qualidade dos cuidados de saúde deveria ser visto como investimento.
- o Iniciar uma campanha para educação pública sobre a mortalidade materna para aumentar a consciência em geral sobre o problema e para educar pessoal sobre o que o governo deve fazer para reduzir o alto índice de mortalidade materna.

### **Doadores internacionais:**

- o Apoiar os programas de desenvolvimento no Brasil que priorizem a redução da mortalidade materna.

---

<sup>31</sup> Veja CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, Título VIII, Capítulo II, Seção IV, Artigo 203(2) e Capítulo VII, Artigo 227.