

ser trabalhado por um pequeno grupo de sistematização⁷. Frente ao acúmulo de informações obtidas, define-se também que, ao invés das prioridades por “eixos temáticos” do relatório anterior, devem ser abordados todos os artigos temáticos da CEDAW em texto analítico, em capítulos, e elaborado um Resumo Executivo para facilitar o trabalho junto ao Comitê. Do grupo de sistematização destacam-se as responsáveis pela defesa oral na Sessão Informal com as ONGs e a participação em reuniões matinais e vespertinas assessoradas por uma equipe do IWRAW, em que se planejam e avaliam os passos no advocacy junto ao Comitê em Nova York. Trata-se de uma atuação projetada passo a passo, que requer os cuidados na relação com experts, profundo respeito pelo seu trabalho independente dos governos, e, ao mesmo tempo, elevado preparo no fornecimento de informações para que possam elaborar perguntas e futuras recomendações ao governo.

Não podendo distanciar-se da compreensão dos grandes problemas existentes quanto às desigualdades de gênero no país e o cumprimento ou não das Recomendações do Comitê CEDAW ao Governo Brasileiro em 2003, o Contra-Informe enfatiza os seguintes pontos: a necessidade de implementar a Lei Maria da Penha; a escassa presença de mulheres negras em todos os âmbitos da vida pública brasileira, a persistência de estereótipos na mídia e na educação; o tráfico e a exploração sexual de meninas; a sub-representação das mulheres na política e na representação do país no Exterior; a desproteção quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários e a exclusão das mulheres que vivem no campo dos programas econômicos e sociais. A defesa oral, por sua vez, enfoca a mortalidade materna e o aborto inseguro; a violência de gênero e as fragilidades do Sistema de Justiça; a ausência de dados desagregados por gênero e raça; e a saúde das mulheres negras e das trabalhadoras do campo, impactando visivelmente integrantes do Comitê que solicitam esclarecimentos posteriores. Essa atuação está refletida nas Recomendações do Comitê ao Brasil, tema que não será abordado neste texto, por constituir-se numa outra análise, urgente e necessária.

Previsto para ocorrer na 51ª Sessão do Comitê (fevereiro de 2012), o processo relativo ao 7º Relatório Periódico Brasileiro à CEDAW encontra o movimento feminista sem uma ação previamente planejada e sem recursos financeiros para a elaboração de um Relatório Alternativo. Inicia-se um diálogo entre as mulheres com experiência de trabalho de seguimento dos instrumentos internacionais na busca de fórmula criativas para responder à necessidade do monitoramento e *advocacy*, colhendo os aprendizados obtidos na elaboração de vários relatórios periódicos. Reuniões virtuais resultam em uma pauta mínima e em acordos de trabalho que compreendem a busca de informações governamentais sobre o estágio do processo em meados de 2011, documentos já depositados no Comitê pelo governo, e a prospecção no interior do movimento de mulheres sobre possíveis colaborações. Assim, algumas redes e organizações⁸ com trajetória na avaliação da Convenção CEDAW e de outros instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos das mulheres definem áreas temáticas a partir de suas expertises e vocações e iniciam a coleta de insumos para o seu trabalho.

Enquanto realiza a busca de elementos para compor o relatório, o grupo observa o Governo Brasileiro na

elaboração de várias versões do relatório entregue, em resposta a questionamentos do Comitê, acumulando maiores dificuldades para a leitura crítica necessária. Pois cabe, na avaliação do movimento de mulheres que acompanha esses processos, levar ao Comitê as lacunas na implementação de políticas ou omissões, informando especialmente o que não consta nos relatórios oficiais.

Decide-se por um Relatório Alternativo composto especialmente por resultados de estudos e pesquisas elaborados por especialistas atuantes em universidades e em organizações não governamentais. E como metodologia para estruturar o relatório opta-se por reunir todos os insumos que abordavam cinco dos 16 artigos temáticos da Convenção, e aprofundar o enfoque sobre os problemas a serem evidenciados, subdividindo-os e qualificando informações por tópico.

São escolhidos os Artigo 4º e 7º, que tratam sobre o direito à vida pública e à política; o Artigo 5º sobre estereótipos de gênero, violência contra as mulheres, Lei Maria da Penha e tráfico de mulheres; Artigo 10, sobre educação; Artigo 12, sobre saúde sexual e reprodutiva e aborto, enfatizando a mortalidade materna, saúde das mulheres negras e violência, acesso restrito à informação e feminização da epidemia do HIV e a relação com a violência, além da saúde das mulheres no sistema prisional. Desse esforço resulta um relatório focalizado em áreas consideradas como prioritárias para o movimento de mulheres, vindo a subsidiar o trabalho de advocacy na sessão agendada para Genebra, em fevereiro de 2012.

Apenas seis integrantes do movimento de mulheres⁹ obtêm os meios e o credenciamento para participar da Sessão, algumas apoiadas pelo IWRAW, que a elas oportuniza um treinamento intensivo sobre os procedimentos usuais mais exitosos ao trabalho de *advocacy*. O grupo brasileiro adota a metodologia proposta e concretiza, pela primeira vez, todo o plano de trabalho que implicou a reelaboração de tópicos até torná-los mais compreensíveis a experts internacionais; a elaboração de argumentos para as sessões de diálogo; o treino para a leitura e a defesa oral na Sessão Informal com as ONGs, momentos esses que antecedem à apresentação do Relatório do Governo. Por fim, a busca de informações para suprir análises de expertas do Comitê estabeleceu um clima de confiança e credibilidade com o grupo feminista ali presente.

O resultado dessa ação replanejada em Genebra, e a soma com mulheres que lá se encontravam por outras articulações, permite a superação de vazios deixados em especial no que se refere ao tema do tráfico de mulheres, mulheres com deficiência e saúde das mulheres negras. A atitude séria, respeitosa e democrática entre a delegação da sociedade civil e a delegação oficial, numerosa, cria, ao final, um espaço para a continuidade de um diálogo crítico, porém propositivo. Assim, cria as bases para a formulação do Projeto de Monitoramento da CEDAW - Ação Permanente do Movimento de Mulheres, apoiado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

As Observações Conclusivas/Recomendações do Comitê ao Governo Brasileiro nessa Sessão abordam todos os artigos da Convenção, reconhecendo os avanços nas políticas públicas e na legislação brasileira quanto aos direitos humanos e cidadania das mulheres (Caderno 1). Tais observações conclusivas deverão ser avaliadas quanto à sua

implementação em 2016, quando ocorre a avaliação periódica quadrienal.

Entretanto, o Comitê CEDAW incorpora uma inovação, uma etapa intermediária no processo de análise dos países, destacando das suas Observações/Recomendações dois temas a serem relatados em dois anos. A esse processo denomina-se *follow up*, que afóra a dispensa de uma Sessão específica na qual Governo e sociedade civil apresentam oralmente seus argumentos, que segue a ritualística de elaboração dos informes periódicos e de participação da sociedade civil¹⁰.

Seguindo essa deliberação, o Brasil tem destacados dois temas - o tráfico internacional de mulheres e a exploração da prostituição e a saúde das mulheres. Sobre o tema do tráfico, o Comitê recomenda a criação de uma Lei Nacional que cumpra o Protocolo de Palermo e de um Plano Nacional; que o Brasil firme documentos internacionais em aberto; a provisão de dados sobre tráfico; o combate e a eliminação da exploração sexual de meninas em grandes obras e nas zonas turísticas do nordeste, e a punição de responsáveis; serviços em rede para proteção de vítimas e avaliações periódicas. Sobre o tema da saúde das mulheres, interpela sobre a capacidade da política materno infantil Rede Cegonha abarcar todas as causas determinantes da mortalidade materna; solicita ao governo que atue junto ao Congresso para impedir a aprovação do Estatuto do Nascituro e a eliminação de barreiras ao aborto seguro; apela para que se observe a situação da saúde das mulheres no sistema prisional e pede informes sobre a aplicação do plano de enfrentamento da feminização da Aids.

Com a finalidade de elaborar um Relatório Alternativo para a análise desses dois temas instala-se em maio de 2013 o Consórcio Nacional de Rede e Organizações do Projeto de Monitoramento da CEDAW - Ação Permanente do Movimento de Mulheres. Este projeto é elaborado por um pool de organizações - Coletivo Feminino Plural, Cladem Brasil, NIEM/UFRGS e Rede Feminista de Saúde -, ficando sua execução sob a responsabilidade da entidade Coletivo Feminino Plural de Porto Alegre.

O Projeto de Monitoramento da CEDAW - Ação Permanente do Movimento de Mulheres

Tendo como objeto principal a transformação dos esforços periódicos do movimento de mulheres no monitoramento à implementação da CEDAW numa ação contínua, sustentada e qualificada quanto ao uso de indicadores e ferramentas adequados, e a difusão desta Convenção junto à sociedade, inicia-se em março de 2013 o Projeto de Monitoramento da CEDAW - Ação Permanente do Movimento de Mulheres. Como primeira ação do projeto, constitui-se um Consórcio Nacional¹¹ que expressa, senão toda a diversidade, uma parcela do movimento, e inclui atrizes que desde o início da década de 2000 colaboram com atividades de *advocacy* por políticas públicas para as mulheres. É coordenado por um Comitê Gestor composto pelas quatro entidades que elaboraram o projeto.

Em 22 meses de atuação, o grupo apresenta seu plano de trabalho plenamente executado, e seu mais importante

produto - o Relatório Alternativo - submetido à análise pelo Comitê e publicado no site das Nações Unidas/CEDAW, e reproduzido neste Caderno. O projeto conclui sua etapa final com a realização de diálogos políticos com atrizes e atores institucionais e políticos de relevância no país, de forma a manter a implementação da Convenção CEDAW como parte da agenda pública brasileira.

Como percurso metodológico para a elaboração do Relatório Alternativo, define-se que os dois temas centrais – tráfico de mulheres e saúde -, vistos em amplitude conceitual, comporiam duas partes iguais do mesmo documento de sete páginas, tamanho previamente definido pelo Comitê CEDAW e apresentado em português, inglês e espanhol.

Para tanto, as reuniões do consórcio de caráter formativo, com contribuições de convidadas governamentais e não governamentais, buscam ampliar conhecimentos e horizontes acerca dos temas, e identificar a melhor colaboração para o trabalho do Comitê. Desses encontros resultam conjuntos de indicadores¹² e instrumentos para uma consulta ao movimento de mulheres articulado em redes¹³ e a definição de dois grupos de trabalho sob a coordenação de uma pessoa por tema¹⁴, assessoradas ainda por consultoras no trabalho de revisão de conteúdo, de linguagem e tradução¹⁵.

A ênfase do documento que pode ser conferido nessa publicação consiste em subsidiar com informações das mais seguras fontes, entre as quais aquelas coletadas diretamente nos locais focalizados (tema do tráfico), para complementar informações fornecidas pelo Relatório do Governo Brasileiro. A violência sexual e seus impactos na saúde das mulheres, o aborto inseguro e suas repercussões na morte materna, a qualidade da atenção às mulheres em todas as fases da vida e em especial no período da gestação, parto e puerpério, a baixa cobertura na atenção à saúde mental e a situação de saúde das mulheres nos presídios são temas destacados no relatório, de forma sintética e objetiva. O relatório deixa de abordar especificamente o Caso Alyne Pimentel por ter conhecimento de que a entidade internacional *Center for Reproductive Rights* (CRR, EUA) autora da denúncia à CEDAW, vai fazê-lo, com o apoio de ativistas e consultoras brasileiras.

Ao mesmo tempo em que produz o Relatório, o Consórcio passa a demandar participação na agenda relativa aos dois temas, em especial sobre a questão do tráfico de mulheres. Duas integrantes¹⁶ do Projeto de Monitoramento da CEDAW passam a fazer parte do Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (CONATRAP).

Sobre este processo

As últimas décadas foram marcadas pela elaboração de importantes instrumentos internacionais de direitos humanos das mulheres, tendo o movimento feminista e de mulheres, na sua diversidade, exercido um papel-chave para transformá-los em agendas públicas, através do monitoramento e da *advocacy*.

Por cinco vezes o Brasil prestou contas ao Comitê CEDAW, quatro das quais em exames periódicos e uma vez quando Alyne Pimentel se tornou o primeiro caso de morte materna analisado por esse comitê.

Por quatro vezes o movimento feminista e de mulheres organizou-se, de forma mais ou menos planejada, para cumprir o papel fiscalizador e proponente de ações para o completo cumprimento dessa Convenção, oferecendo relatórios alternativos, Sombra, Contra-Infomes ou paralelos, comparecendo às Sessões, dialogando eticamente com membros do Comitê e subsidiando seu trabalho.

Tendo que ocupar-se do estudo desses instrumentos e dominar seus mecanismos, o movimento de mulheres colhe como resultado um sentido pedagógico de um "fazer cidadania", essa compreendida como uma dimensão política da existência das pessoas e de grupos sociais. O movimento de mulheres, nesse sentido, acumula conhecimentos e constrói uma cultura de direitos humanos incomum a outros segmentos, por sua persistência e ativismo, e pela capacidade de renovar-se quanto a estratégias.

Se, de um lado, monitorar a CEDAW nos obriga a buscar a construção de estratégias para, em qualquer situação, favorável ou não, unir o movimento de mulheres e feminista em torno de algo aparentemente intangível (o mundo das relações internacionais) e elaborar relatórios com argumentos sólidos para apresentar ao Comitê CEDAW, de outro nos mune de ferramentas para continuar a batalha no dia seguinte. É o que se faz há três décadas ou mais.

Uma das virtudes ainda observadas tem sido a capacidade do Comitê de captar a trajetória das políticas públicas no estágio em que se encontram em cada país quando são avaliadas. Estando o Brasil a preparar, nesse momento, o quarto ciclo de avaliação periódica quadrienal (2016), é possível, ao ler as Recomendações de cada uma das Sessões (2003, 2007 e 2012), identificar um retrato da trajetória dos direitos das mulheres no Brasil: a incorporação do conceito de gênero e diversidade, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, das desigualdades raciais, entre outros. Olhando em perspectiva, podemos identificar que, se de um lado há questões que atravessam os tempos integrando essa agenda ainda em aberto, de outro há avanços, e a interpelação do Comitê se processa em outras dimensões, como da implementação ou qualificação das políticas. De certa forma já nos preparamos para o que virá.

Recomendações ao Brasil

2003

- O Comitê aponta a urgência pela derrogação de todos os dispositivos legais que ainda contaminavam o aparato jurídico brasileiro;
- Aponta para uma Legislação sobre Violência Contra as Mulheres;
- Cobra uma ampla estratégia para o empoderamento feminino;
- Relaciona mortalidade materna aos abortos clandestinos e às interseções de classe, como a pobreza e a miséria, e recomenda o planejamento familiar;
- A feminização do HIV, que consumou-se nos últimos anos, estava ali apontada, recomendando-se educação sexual;
- A equiparação de direitos das trabalhadoras

domésticas como resultado de amplas denúncias;

-A falta de dados estatísticos desagregados por sexo e de resultados da aplicação das políticas são cobrados pelo Comitê, que também pede que se informe sobre Durban, Cairo, Idosas e Meninas.

2007

- O Comitê, ao reconhecer como positiva a Lei Maria da Penha, passa a cobrar sua efetivação e a avaliação dos seus impactos. Aproxima a lei e a vida das mulheres. Aponta a implantação dos Juizados e o cumprimento integral da Recomendação 19 (sobre violência, da CEDAW).
- O tema do tráfico e da exploração sexual de meninas ganha dimensão com denúncias de abusos em zonas de garimpo. Cobra-se uma lei integral para o tráfico, política nacional articulada e ampla, punição a perpetradores, apoio às vítimas a longo prazo;
- Sobre o poder, aponta que cotas são insuficientes, é preciso apoiar as mulheres com mais medidas;
- A equiparação de direitos das trabalhadoras domésticas mantém-se na pauta;
- Quanto à saúde, direitos sexuais e reprodutivos, reconhece três medidas positivas: Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Plano para Feminização do HIV e Pacto para Redução da Mortalidade Materna. Como proposta concreta, está a revisão da legislação punitiva ao aborto e a atenção às complicações do aborto, de acordo a Beijing.

2012

- Atenta para que todo o Estado se envolva no enfrentamento às desigualdades de gênero, e não apenas o poder executivo.
- Enfatiza o aumento do financiamento das Políticas para as Mulheres na Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- Recomenda o fortalecer da Secretaria de Políticas para as Mulheres e de Organismos de Políticas para as Mulheres (OPM) nos 27 estados brasileiros com maquinaria capaz de coordenação e implementação de políticas;
- Recomenda incluir necessariamente grupos vulneráveis no recorte das políticas públicas, como mulheres afrodescendentes e com deficiência;
- Sobre a Violência e a Lei Maria da Penha (LMP) orienta a capacitação de todos os agentes do Judiciário e o reforço desse sistema.
- Solicita a criação de sistema de dados nacional que resultem de monitoramento e avaliação dos impactos da LMP;
- Solicita a aceleração de medidas com vistas ao empoderamento político das mulheres;
- Recomenda a eliminação do analfabetismo entre adultas e, em especial, jovens adultas, e coleta de dados sobre educação desagregados por sexo-gênero;
- Quanto às mulheres em situação de prisão, pede medidas para prevenir o aprisionamento e

envolvimento de mulheres no tráfico e acesso à Justiça, julgamentos justos e melhoria das prisões, em especial na atenção à saúde;

·Solicita uma lei integral para o tráfico de mulheres e políticas assistenciais e a relação entre grandes obras e eventos com tráfico e exploração sexual;

·Recomenda a ampliação do enfoque na assistência à saúde das mulheres de forma a assegurar que todas as causas de morte materna sejam observadas;

·Solicita interveniência junto ao Parlamento para evitar a aprovação do Estatuto do Nascituro;

·Solicita maior ênfase no enfrentamento à feminização da epidemia da Aids.

REFERÊNCIAS

PROTOCOLO FACULTATIVO À CEDAW. Cadernos Agende nº1, maio de 2001. Brasília. DF. Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, 2001

CEDAW: Relatório Nacional Brasileiro à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher. Protocolo Facultativo. PIOVESAN, Flavia, PIMENTEL, Silvia (orgs.). Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002. Brasília, DF.

ILANUD/REDLAC. Mulheres Jovens e Direitos Humanos. Manual de capacitação em direitos humanos das mulheres jovens e a aplicação da CEDAW. Edição Brasileira, 2004.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. El Protocolo Facultativo a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: análisis de los casos ante el comité CEDAW/IIDH. San José, CR. IIDH, 2009.

O Brasil e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher: documento do movimento de mulheres para o cumprimento da CEDAW pelo Estado Brasileiro: propostas e recomendações. Brasília: Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 2003.

O Brasil e o cumprimento da CEDAW. Contra-Informe da Sociedade Civil ao VI Relatório Nacional Brasileiro à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher. Período 2001-2005. Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, Grupo Impulsor, 2001.

Recomendações do Comitê CEDAW ao Estado Brasileiro. Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. Brasília, 2003.

RELATÓRIO ALTERNATIVO. Sétimo Relatório Periódico Brasileiro (CEDAW/C/BRA7) Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher, CEDAW, 51ª Sessão. Redes e Organizações Brasileiras, Janeiro de 2012.

MONITORAMENTO DA CEDAW – Ação Permanente do Movimento de Mulheres 2012/2014. Relatório do Movimento de Mulheres ao Processo de Seguimento do Sétimo Relatório Periódico Brasileiro (CEDAW/C/BRA7, 51ª Sessão) a ser analisado no período da 57ª Sessão do Comitê CEDAW. Consórcio de Redes e Organizações, Ação Permanente CEDAW. Porto Alegre, Dezembro 2013.

MONITORAMENTO DA CEDAW - Ação Permanente do Movimento de Mulheres 2012/2014. Caderno 1 – As Recomendações da CEDAW ao Estado Brasileiro. A Convenção. Consórcio Nacional de Redes e Organizações, Ação Permanente CEDAW. Coletivo Feminino Plural, Cladem Brasil, Rede Feminista de Saúde, Niem/UFRGS (Comitê Gestor), Porto Alegre, 2013.

PRÁ, Jussara, NEGRÃO, Telia. Mulheres, direitos humanos e políticas públicas de gênero. In: Relatório Azul 2004: garantias e violações dos direitos humanos. 10 Anos. Edição comemorativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Corag, 2004.

NOTAS

¹Advocaci, Agende, Cepia, Cfemea, Cladem, Geledés, IPE, NEV/USP, THEMIS, agentes de governo e pessoas individualmente.

²Agende, Cladem Brasil, Articulação de Mulheres Brasileiras, Articulação de ONGs de Mulheres Negras Brasileiras, Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais, Comissão Nacional da Mulher Trabalhadora da CUT, Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia, Rede Brasileira de Estudos e Pesquisas Feministas, Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero, Rede de Parceiras Tradicionais, Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Rede de Mulheres do Rádio, Secretaria Nacional da Mulher da CGT, Secretaria Nacional da Força Sindical, União Brasileira de Mulheres.

³Compuseram o Comitê de Sistematização: Flavia Piovesan e Silvia Pimentel (Cladem), Telia Negrão (Coletivo Feminino Plural), Marlene Libardoni e Dora Porto (Agende). Colaborou Jussara Reis Prá (NIEM/UFRGS).

⁴Recomendação insistente do Comitê CEDAW frente ao Caso Maria da Penha e outros, que concluíra tramitação na Comissão Interamericana de Direitos Humanos com a condenação do Estado Brasileiro por omissão.

⁵Agende, Cladem Brasil, Articulação de Mulheres Brasileiras, Articulação de ONGs de Mulheres Negras Brasileiras, Comissão Nacional da Mulher Trabalhadora da CUT, Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia, Rede Brasileira de Estudos e Pesquisas Feministas, Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero, Rede de Parceiras Tradicionais, Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Rede de Mulheres do Rádio, Secretaria Nacional da Força Sindical, União Brasileira de Mulheres, Federação Nacional de Trabalhadoras Domésticas, Articulação de Mulheres Lésbicas, Fórum de Mulheres do Mercosul, Fórum Nacional de Mulheres Negras, Movimento de Mulheres Camponesas, Rede Brasileira de Prostitutas, Rede Grumin de Mulheres Indígenas, Rede Jovens Feministas.

⁶Composição do Comitê Gestor: Agende, Articulação de Mulheres Brasileiras, Cladem, Rede Feminista de Saúde, Redor e Cfemea (apoio).

⁷Marlene Libardoni, Telia Negrão, Jussara Reis Prá, Valéria Pandjarian.

⁸Rede Feminista de Saúde, Coletivo Feminino Plural, Cladem, THEMIS, Ipas, Comissão de Cidadania e Reprodução, Ecos Comunicação em Sexualidade, Plataforma Dhesca, Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero da UFRGS, Rede de Educação Sexualidade e Gênero e Jovens Feministas. Apoio de Gestos Soropositividade, Comunicação e Gênero, IMAIS, Núcleo de Pesquisa sobre Corpo e Sexualidade da UFRGS, Conselho Nacional de Saúde, Maria Mulher Organização de Mulheres Negras, Ipas na oferta de informações.

⁹Telia Negrão (Coletivo Feminino Plural e Rede Feminista de Saúde), Carmen Campos (Cladem e THEMIS), Estela Márcia Rondina Scandola (IBISS), Simone Cruz (Articulação de Mulheres Negras Brasileiras), Tamara Gonçalves (Cladem). Tchaurea Fleury representou a Aliança Internacional das Pessoas com Deficiência, com sede em Genebra.

¹⁰O regulamento de follow up foi divulgado apenas em março de 2013, um ano após essa Sessão.

¹¹Coletivo Feminino Plural, Comitê da América Latina e do Caribe para os Direitos da Mulher/Cladem Brasil, Núcleo interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero NIEM/UFRGS, Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, Associação Casa da Mulher Catarina, Comissão de Cidadania e Reprodução, Gestos Soropositividade, Comunicação e Gênero, IBISS, IMAIS, Plataforma Dhesca Brasil e THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

¹²Responderam por este produto a professora Jussara Reis Prá e a cientista política Léa Epping.

¹³Este trabalho foi coordenado por Clair Castilhos, secretária executiva da Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

¹⁴O tema do tráfico de mulheres ficou sob a responsabilidade de Estela Márcia Rondina Scandola, e o de saúde, com Maria José de Oliveira Araújo.

¹⁵Respondeu por este trabalho a socióloga e tradutora Regina Beatriz Vargas.

¹⁶Estela Márcia Rondina Scandola (Rede Feminista de Saúde) e Neusa Freire Dias (Casa da Mulher Catarina).

Participação do Brasil nos Comitês da ONU

Ingrid Viana Leão*

As recomendações apresentadas pelos Comitês de Tratados ao Brasil fazem parte de uma fase do monitoramento com base convencional na ONU¹. Esse monitoramento está condicionado à aprovação e à ratificação dos tratados internacionais de direitos humanos que definem as regras de funcionamento dos Comitês de Tratados, procedimentos especiais, apesar de convergirem quanto à finalidade: “a proteção eficaz dos direitos consagrados dos indivíduos e grupos de indivíduos”².

Dos Comitês da ONU, o Brasil só não está apto a participar do monitoramento do Comitê para Proteção dos Trabalhadores Migrantes, uma vez que ainda não ratificou a Convenção para Proteção dos Trabalhadores Migrantes. Quanto aos demais Comitês³, o Brasil já apresentou relatório inicial e relatório periódico⁴, mesmo que sem o cumprimento rigoroso dos prazos fixados pelo tratado internacional, com maior participação a partir da abertura democrática, pois até então o Brasil só havia ratificado a Convenção para Eliminação da Discriminação Racial, em 1968.

O método central do monitoramento de tratados são os relatórios periódicos, mas também existem Recomendações Gerais (ou Observações Gerais)⁵ - que interpretam os conteúdos dos direitos humanos estabelecidos nas Convenções da ONU -, comunicações individuais sobre o desrespeito às garantias asseguradas pela Convenção e comunicações aos Estados, além da possibilidade de visita in loco, como ocorre no Comitê contra a Tortura, com a adesão ao seu Protocolo Facultativo⁶.

Em linhas gerais, após a ratificação do tratado, o Estado deve apresentar um relatório inicial e, posteriormente, relatórios periódicos que informam quais medidas foram adotadas para a implementação da convenção e os progressos alcançados no País. Essas informações são avaliadas por um grupo de trabalho que elabora perguntas pontuais sobre o relatório oficial (*list of issues and questions*) e a situação dos direitos humanos em determinado país, com o suporte de informações adicionais oriundas de organismos internacionais, como Relatorias Especiais e Organizações Não Governamentais⁷, que apresentam um relatório alternativo ou informe sombra⁸ para

agregar informações aos diálogos na sessão do Comitê⁹. As recomendações são, assim, apresentadas ao final de cada sessão¹⁰.

As recomendações dos Comitês de Tratados abrangem o período de 1996 até 2010, por duas situações: foi a partir da redemocratização que os demais tratados de direitos humanos foram ratificados e que se iniciou a participação em sessões dos Comitês e recebimento de recomendações; antes de 1998, o Brasil ratificou um tratado, mas em atraso com o Comitê para Eliminação da Discriminação Racial (CERD), de 1986 a 1995, apresentando informe periódico apenas em 1996¹¹.

Embora os Comitês contra a Tortura (CAT), Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e Comitê de Direitos Humanos (CDH) apresentem procedimento para envio de petições individuais - com adoção do Protocolo Facultativo das respectivas Convenções monitoradas por esses Comitês -, apenas se tem notícia de um caso acionando o sistema ONU por esse método contra o Brasil (Caso Alyne Pimentel), que é um procedimento confidencial, o que, por ser um movimento muito pequeno e recente, acontece com a possibilidade de investigação e visita in loco¹², com exceção da visita realizada pelo Comitê contra a Tortura em 2002, por ter relação com a missão do relator especial contra a Tortura, Nigel Rodley, em 2000. Com isso, importará exigir total atenção às recomendações advindas do sistema de monitoramento por relatórios periódicos.

De 1996 a 2010, ocorreram nove sessões com os seguintes Comitês: CDH (1996 e 2006); CERD (1996); CAT (2001); CRC (2003); CEDAW (2003 e 2007), e CESRC (2003 e 2009). Com exceção do CERD, a primeira data de sessão é referente ao informe inicial - em todas as situações, os informes foram apresentados com atraso¹³, sendo o mais demorado o informe inicial de CRC, com dez anos de atraso.

Acompanhando esse crescimento da participação do Brasil, as organizações brasileiras enviaram informações - relatório alternativo ou relatório sombra - pela primeira vez em 2001, o que pode ser visto como um processo recente e

*Doutoranda e Mestra em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora Nacional do CLADEM - Comitê da América Latina e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher (2012-2014). Integrante do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Gênero e Raça da Fundação Carlos Chagas (2011-2014). Bolsista da Fundação Carlos Chagas (2011-2104).

que passa por aprimoramentos, incluindo a participação oral nas sessões ou em reuniões informais. Ademais, existem procedimentos importantes realizados no próprio País, como participar de consulta sobre o relatório elaborado pelo Estado ou após apresentação das recomendações e sessão no Comitê, e envolver-se em ações de seguimento das recomendações (*follow up*)¹⁴.

Da participação do Brasil no monitoramento dos Comitês de Tratados, o Brasil já recebeu mais de 400 Observações Finais ou Comentários Finais, aqui denominados recomendação.

NOTAS

¹ Item publicado em LEÃO, Ingrid V. Execuções Sumárias, Arbitrárias ou Extrajudiciais. A efetividade das recomendações da ONU no Brasil. Dissertação de Mestrado em Direito. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

² CANÇADO TRINDADE, A. A. Proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil (1948-1997)..., cit., p. 26.

³ Até novembro de 2010, o Comitê sobre Desaparecimentos Forçados ainda estava pendente de ratificação para seu estabelecimento.

⁴ Com a Resolução nº 61/250 sobre a Reforma da ONU, menciona-se a produção de um relatório universal, "mecanismo de revisão periódica", que deve ser realizado pelos Estados-membros do Conselho. Até o momento não se definiu qual seriam as implicações em relação aos informes ao Comitê.

⁵ "As origens da prática remontam a um entendimento, firmado em 1980, em razão de um impasse quanto a questões de seguimento, sob o artigo 40 do Pacto de Direitos Civis e Políticos; acordou-se que os futuros 'comentários gerais' versariam sobre o conteúdo e a aplicação de determinado artigo do Pacto, a obrigação de garantir os direitos neste consagrados, o sistema de relatórios, e sugestão de cooperação estatal em matérias cobertas pelo Pacto. Os referidos comentários gerais foram concebidos como elementos de interpretação das disposições comentadas do Pacto e expressão da experiência acumulada pelo Comitê ao considerar determinadas questões do ângulo do pacto" (CANÇADO TRINDADE, A. A. As três vertentes da proteção internacional dos direitos humanos. San Jose: Instituto Interamericano de Direitos Humanos, Comitê Internacional das Cruz Vermelha, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, 1996. p. 68).

⁶ Ramos estuda o trabalho dos Comitês de Tratados sob a perspectiva da responsabilidade internacional e, assim, apresenta as atividades desse mecanismo divididas como sistema não contencioso, sistema quase judicial e sistema judicial ou contencioso. Cf. RAMOS, André Carvalho. Processo internacional de direitos humanos..., cit., p. 120-130.

⁷ "En segundo lugar, se presentan los Reportes Sombra, también llamados alternativos o contrainformes. En los últimos años, como fruto del proceso de reformas emprendido en Naciones Unidas, ha habido cambios en el procedimiento y las estructuras de estos reportes. El procedimiento ha cambiado porque ahora se amplió la

participación de las organizaciones sociales que también pueden participar mucho antes de la sesión en la que se presenta el reporte propiamente dicho, mediante el envío y discusión de las Listas de Preocupación. La estructura también se ha transformado, porque en la actualidad todos los reportes contienen dos capítulos: uno general (core document) y otro específico. En el capítulo general debe hacerse un resumen de la situación en el país, en lo que concierne el cumplimiento por parte del Estado de todos los tratados de derechos humanos ratificados. En el capítulo específico, se da cuenta del cumplimiento del tratado que monitorea el Comitê ante el que se está acudiendo" (CHIAROTTI, Susana. El monitoreo a los Estados como herramienta política. In: CLADEM. Tendencias en el Consejo de Derechos Humanos sobre los Derechos Humanos de las Mujeres (2006 a 2008). Lima: CLADEM, nov. 2009. p. 182).

⁸ "Neste momento, cabe aderir à tipologia elaborada por Miller (2002, p. 114-115) para os relatórios alternativos. O primeiro tipo seria o relatório alternativo propriamente dito, no qual, diante da ausência de um relatório oficial, torna-se a única fonte de informações dos Comitês. O segundo tipo seria o relatório alternativo paralelo, aquele que ocorre quando as ONGs preparam seu relatório sem levar em consideração o conteúdo do relatório oficial que está sendo encaminhado ao Comitê; e, o terceiro, o contrarrelatório, aquele em que as ONGs, além de incorporarem suas próprias informações, o fazem tendo em vista o conteúdo do relatório oficial que foi encaminhado pelo Governo. O contrarrelatório é o tipo que melhor permite esclarecer e contraditar informações, ampliando o debate sobre a implementação dos direitos no território nacional" (GELMAN, Maia. Direitos humanos: a sociedade civil no monitoramento. Curitiba: Juruá, 2007. p. 144).

⁹ A sessão é a oportunidade (e uma exigência de todos os tratados) que o Estado-Parte possui de expor perante o Comitê as ações governamentais de cumprimento da convenção, bem como de prestar esclarecimentos que devem conduzir a um debate pautado na cooperação e na proposta de diálogo construtivo.

¹⁰ O documento final do Comitê após a sessão é dividido em cinco partes: a) introdução; b) aspectos positivos; c) fatores e obstáculos que dificultam a aplicação do pacto; d) principais motivos de preocupação; e) sugestões e recomendações da ONU.

¹¹ Ver GELMAN, Maia. Direitos Humanos: a sociedade civil ...cit.

¹² CCPR/C/BRA/CO/2/Add.1

¹³ Quanto ao cumprimento da obrigação de relatar aos Comitês, o Pacto de Direitos Civis e Políticos estabeleceu que o primeiro informe oficial fosse apresentado um ano após a ratificação, e os seguintes a cada cinco anos. Entretanto, o Brasil, que ratificou esse tratado em 1992, apresentou o primeiro informe em 1994 – um ano após o prazo; e o segundo informe apenas em 2004, seis anos após o prazo – que foi objeto de sessão no Comitê de Direitos Humanos da ONU, responsável por acompanhar a implementação do Pacto de Direitos Civis e Políticos, em outubro de 2005. O relatório do Brasil sobre a Convenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes foi apresentado após 10 anos, já que ratificou em setembro de 1989 e apresentou informe em maio de 2000.

¹⁴ Mais informações em: INTERNATIONAL SERVICE FOR HUMAN RIGHTS (ISHR). Simple guide to the UN treaty bodies. Geneva, jul. 2010.

Compromissos do Brasil com a Convenção CEDAW e demais Tratados de Direitos Humanos

Ingrid Viana Leão*

Para se falar em monitoramento de direitos humanos no Brasil, tal qual a experiência do Projeto de Monitoramento da CEDAW, não podemos perder de vista dois aspectos: os contornos entre política externa e direitos humanos e as ações de Estado para a realização dos direitos humanos. O primeiro ponto, em face das recomendações do Comitê CEDAW, após análise de informações fornecidas pelo Estado e pela sociedade civil, se apresenta como um resultado da interação Brasil e ONU, cenário em que se compreende a possibilidade de adoção de tratados de direitos humanos, em específico a Convenção CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, enquanto o segundo aspecto se relaciona com as ações de Estado em favor das mulheres brasileiras no âmbito interno. Com isso, daremos ênfase à constituição de tratados de direitos humanos e aos procedimentos de adesão do Brasil, bem como suas consequências.

Institucionalização da proteção internacional das mulheres

Embora a criação da ONU acompanhada da proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948 sejam um marco da institucionalização da proteção da dignidade humana por meio de normas de direitos humanos, esse processo se desenvolveu, e ainda está em curso, com diferentes titularidades de direito. Como enfatiza Cançado Trindade (1997, p.3):

Da DU de 1948 até nossos dias, os instrumentos internacionais voltados ao propósito comum de salvaguarda dos direitos humanos formam um corpus de regras bastante complexo, de origens diversas (Nações Unidas, agências especializadas, organizações regionais), de diferentes âmbitos de aplicação (global e regional), distintos também quanto a seus destinatários ou beneficiários, e, significativamente, de conteúdo, força e efeitos jurídicos desiguais ou variáveis (desde simples declarações até convenções devidamente ratificadas) e de órgãos exercendo funções também distintas

(e.g., informação, instrução, conciliação e tomada de decisão). São igualmente distintas as técnicas de controle e supervisão (e.g., reclamações ou petições de diversas modalidades, relatórios periódicos, investigações).

Pode-se dizer que a história da Convenção CEDAW (1979), somada à adoção da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial em 1965, delimita um novo momento da proteção internacional da pessoa humana, ou seja, a especificação da titularidade de direitos com vistas a realizar o direito à igualdade (BOBBIO, 1992), que marcam a estrutura normativa no âmbito das Nações Unidas como de proteção geral e de proteção específica. Os tratados conhecidos por PIDCP – Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966) - e PIDESC - Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (1966) formam a base da proteção geral do Sistema ONU. Essa fase de institucionalização dos direitos humanos representa, para alguns, a resposta para a necessidade de “judicialização” da Declaração Universal, uma preocupação “estritamente legalista” (PIOVESAN, 2010, p.161) a acompanhar o debate sobre tratados de direitos humanos.

Quase 20 anos após a DUDH, a aprovação de tratados passa a conformar um sistema de proteção dos direitos humanos. Essa estrutura normativa criou obrigações jurídicas aos Estados no sentido de promover, garantir e proteger os direitos humanos nacionalmente, uma vez que um Estado, ao aceitar um desses tratados, pressupõe o dever de executar os direitos ajustados no documento - uma das características fundamentais dos tratados internacionais (PIOVESAN, 2006). Para acompanhar a implementação dessas obrigações convencionais, esses tratados instituíram um sistema de monitoramento com base em informes periódicos e outros procedimentos adicionais, função desempenhada pelos Comitês de Monitoramento e que constitui o mecanismo convencional do sistema de proteção dos direitos humanos na ONU (*Human Rights Treaty Bodies*)¹.

Convencional é a expressão que reforça a ideia de tratados de direitos humanos ou convenção, com o intuito de reforçar o fundamento normativo a que refere, e para assim

*Doutoranda e Mestra em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora Nacional do CLADEM - Comitê da América Latina e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher (2012-2014). Integrante do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Gênero e Raça da Fundação Carlos Chagas (2011-2014). Bolsista da Fundação Carlos Chagas (2011-2104).

marcar diferença das convenções com outras referências normativas, como as declarações, que são a base do mecanismo extraconvencional, mecanismos que integram o Conselho de Direitos Humanos. "Diante de um quadro geral de multiplicidade dos órgãos de supervisão internacionais, cabe distinguir as bases jurídicas de que uns e outros derivam sua capacidade de ação" (TRINDADE, 1997, p. 9). Além disso, as diferenças entre o mecanismo convencional e extraconvencional podem ser utilizadas para auxiliar na escolha do meio mais adequado de proteção, devendo-se considerar se um Estado é parte de um tratado para poder acionar os Comitês, pode definir a preferência pelos procedimentos especiais (PIOVESAN, 2010).

Lembramos que o mecanismo de controle convencional dos direitos humanos na ONU é aquele criado a partir dos tratados. Além das convenções já citadas neste texto, temos ainda outros tratados que constituem a base para os dez comitês da ONU, que são: a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes (1984), Convenção de Direitos da Criança (1990), Convenção Internacional sobre a Proteção de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias (1990), Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) e Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado (2006). Cada tratado cria um procedimento de monitoramento, instituindo um comitê internacional de peritos² independentes para monitorar, pelos vários meios, a execução de suas recomendações. Em linhas gerais, após a ratificação do tratado, o Estado deve apresentar informes periódicos sobre as medidas adotadas para a implementação da convenção e os progressos alcançados no país. Relatórios que serão objeto de recomendações.

Recomendações ao Estado também existem nos procedimentos especiais ou mecanismos extraconvencionais, porém são construídas sobre temas específicos de direitos humanos – execuções sumárias, tortura, independência do judiciário, violência contra a mulher, direito à alimentação, direito à água, por exemplo, quando estamos diante de uma Relatoria Temática; ou sobre situações de direitos humanos, segundo determinado País, quando estamos diante de uma Relatoria por País.

A institucionalização dos direitos humanos não se restringiu à ONU, passou a incluir uma perspectiva regional com a criação do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Com formas de atuação distinta e grau de alcance regionalizado, esse sistema também deve ser visto de forma integral ao sistema ONU. As diferenças entre os sistemas devem ser compreendidas segundo a perspectiva de complementaridade, em que os sistemas regionais ocupam a posição de apresentar proteção mais específica e inclusive individualizada. O marco normativo aqui, no Sistema Interamericano ou Sistema Regional, será a Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), com o mérito de agregar esforços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher, que na Convenção CEDAW, editada em 1979, não foi mencionada, questão retomada pelo Comitê da ONU em 1989 com a adoção da Recomendação Geral nº 19. Considera-se que a violência contra a mulher está em todos os artigos da CEDAW, mesmo sem um artigo

explícito (PIMENTEL, 2008). A Convenção de Belém do Pará representa o instrumento normativo para que casos contra o Brasil com a perspectiva de gênero cheguem a essa instância internacional. O caso Maria da Penha é uma referência conhecida de responsabilização do Brasil sobre a matéria³.

A construção de direito a partir de um organismo internacional é experiência recente, possível a partir da perspectiva do Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH) que representa "um direito de proteção, marcado por uma lógica própria, e voltado à salvaguarda dos direitos dos seres humanos e não dos Estados" (CANÇADO TRINDADE, 1997, p.20). Essa movimentação é marcada pela afirmação da relativização da soberania estatal, como observa Ramos (2002, p.23):

Com isso, observo que a proteção de direitos humanos deixa de ser um tema nacional e passa a ser um tema de interesse do Direito Internacional. Os próprios Estados, ao aceitar as diversas obrigações internacionais no campo dos direitos humanos, tornaram infundadas qualquer tipo de alegação de "domínio reservado" ou "ofensa à soberania" por ventura ventiladas.

Os tratados internacionais não substituem o sistema interno de proteção dos direitos humanos, uma vez que o sistema internacional é subsidiário ao sistema nacional. O cumprimento das obrigações internacionais, assumidas com os tratados de direitos humanos, depende das instituições do Estado. Na ausência do cumprimento destas obrigações internacionais é possível acionar o sistema internacional de proteção dos direitos humanos para exigir sua implementação.

(...) três são os principais métodos de implementação internacional dos direitos humanos, com variantes: o sistema de petições ou reclamações ou comunicações, o sistema de relatório e o sistema de determinação dos fatos ou investigação. O primeiro (sistema de petições) é acionado ou 'provocado' pelas supostas vítimas, autoras de reclamações, ao passo que os dois últimos (sistemas de relatórios e investigação) constituem método de controle exercido ex officio pelos órgãos de supervisão internacional. (CANÇADO TRINDADE, 1997, p. 48)

Assim, o Direito Internacional dos Direitos Humanos, ao elevar o indivíduo como sujeito de direito internacional, oferece aos indivíduos ou grupos alguns mecanismos de acesso ao sistema internacional de proteção dos direitos humanos de forma subsidiária ao ordenamento nacional. O monitoramento de direitos humanos na ONU, com envio de informações aos Comitês, é um desses mecanismos.

A proteção das mulheres no ordenamento jurídico brasileiro

A mudança na agenda política nacional com a adesão aos tratados internacionais de proteção dos direitos humanos é uma política de Estado, e encontrou na Constituição Federal de 1988 uma fundamentação, na medida em que promulgou como um dos princípios orientadores das relações internacionais a prevalência dos direitos humanos. Essas mudanças permitiram o reconhecimento da existência de

obrigações internacionais em matéria de direitos humanos por parte do Brasil e colocaram os direitos humanos na pauta da agenda internacional do Brasil contemporâneo.

Especificamente em relação aos tratados de direitos humanos, estes continuam a ser negociados e estabelecidos, não se esgotando, assim, a adesão aos tratados internacionais; entretanto, pode-se lançar o ano de 1992 como marco na adesão aos tratados pelo Brasil, com a ratificação do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, do Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais e da Convenção Americana.

Vale dizer que a assinatura e a ratificação são processos distintos e não se restringem ao Poder Executivo. "A ratificação é o ato jurídico que irradia necessariamente de efeito no plano internacional" (PIOVESAN, 2011, p. 47) tendo em vista ser a afirmação definitiva de adesão pelo Poder Executivo após apreciação e aprovação pelo Poder Legislativo por meio de decreto. Com a ratificação em um tratado na ONU, por exemplo, o Estado deve fazer o depósito do instrumento de ratificação nesse organismo internacional.

A manifestação de vontade com a assinatura e posterior ratificação é uma etapa inicial e formal importante dessa relação do Brasil em favor dos direitos humanos. Além de debates sobre o longo período entre assinatura e ratificação, ou ainda a baixa frequência no envio de relatórios periódicos aos Comitês de Tratados, uma segunda questão surge como central no debate jurídico: qual a hierarquia de um tratado de direitos humanos no direito brasileiro?

Essa pergunta encontrou diferentes posicionamentos doutrinários ou jurisprudenciais. Alguns mais próximos da defesa dos tratados de direitos humanos não se comparam às leis ordinárias. Não cabe aqui expor detalhadamente as teses em disputa, mas sim explicitar o atual entendimento sobre o valor constitucional de um tratado de direitos humanos comparado a Emendas Constitucionais. Primeiramente, vale mencionar que o Brasil aderiu a tratados de direitos humanos antes da reforma constitucional propiciada pela Emenda Constitucional 45/2004. Até essa reforma, a Constituição mencionava apenas que "os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte" (art.5, §2º), o que justificava o entendimento de que os tratados de direitos humanos teriam aplicação imediata e a impossibilidade de revogação por lei ordinária. Com a EC 45, os tratados de direitos humanos ficam condicionados a um determinado quorum em cada Casa do Congresso Nacional para serem equivalentes às emendas constitucionais, e apresentarem-se como formalmente constitucionais. Uma emenda constitucional tem a capacidade de reforma da Constituição, e não pode ser revogada por lei ordinária. Embora a novidade afirmasse a constitucionalidade, estaria condicionando a uma formalidade legislativa pela qual os tratados antes da EC 45 não foram submetidos.

A modificação constitucional é vista como uma resposta à necessidade de afirmar a interpretação sobre a hierarquia constitucional, principalmente diante da divergência entre doutrina e jurisprudência. Como expressa Flávia Piovesan, jurista que se dedicou a estudar essa questão da incorporação constitucional dos tratados, não caberia afirmar que são constitucionais apenas os tratados

ratificados após a EC 45/2004, ou seja, segundo o quórum constitucional. Com bem explica (PIOVESAN, 2011, p.72-73):

(...) na hermenêutica emancipatória dos direitos há que imperar uma lógica material e não formal, orientada por valores, a celebrar o valor fundante da prevalência da dignidade humana. À hierarquia de valores deve corresponder uma hierarquia de normas, e não o oposto. Vale dizer, a preponderância de um bem jurídico, como é o caso de um direito fundamental, deve condicionar a forma no plano jurídico-normativo, e não ser condicionado por ela. Não seria razoável sustentar que os tratados de direitos humanos já ratificados fossem recepcionados como lei federal, enquanto os demais adquirissem hierarquia constitucional exclusivamente em virtude seu quorum de aprovação. (...) Tal situação importaria em agudo anacronismo do sistema jurídico, afrontando, ainda a teoria geral da recepção acolhida no direito brasileiro.

Até 2008, o Supremo Tribunal Federal tinha na sua jurisprudência o posicionamento de que os tratados de direitos humanos apresentariam status de lei ordinária. Posicionamento firmado sob o regime de Constituição anterior a de 1988, e que foi atualizado com o Recurso Extraordinário nº 466.343 sobre a prisão civil do depositário infiel. Tal decisão implicou a necessidade de se pronunciar sobre a posição dos tratados de direitos humanos, no caso, a Convenção de São José da Costa Rica. A conclusão foi pela supralegalidade desses tratados internacionais (PIOVESAN, 2011, MAUÉS, 2013).

A importância desse debate sobre constitucionalidade é em função dos limites para revogação de um tratado de direitos humanos ou ainda da possibilidade de um tratado internacional ser a base do controle de constitucionalidade de uma norma no Brasil, ou melhor, controle de convencionalidade, ou seja, analisar a lei brasileira à luz de uma obrigação internacional (MAZZUOLI, 2009). Um exemplo recente dessa relação entre tratado de direitos humanos e uma lei brasileira pode ser visto no debate sobre a Lei Maria da Penha, que já em seu preâmbulo menciona expressamente a CEDAW e a Convenção de Belém do Pará. Tal expressão pode ser lida como uma afirmação de uma obrigação internacional no âmbito interno, principalmente quando se sabe das recomendações do Comitê da ONU e da Comissão Interamericana de Direitos Humanos para que o Brasil adotasse uma legislação de enfretamento da violência doméstica contra a mulher.

Legislações brasileiras que contrariam a Constituição ou os tratados de direitos humanos também exigem revisão, tal qual ocorreu nos debates legislativos na reforma do Código Civil no que diz respeito à igualdade no casamento, ou ainda nas modificações sobre crimes contra a dignidade sexual no Código Penal⁴. Ao mesmo tempo, o Poder Judiciário também tem o compromisso com os direitos humanos segundo a perspectiva de gênero. Com isso, o monitoramento dos direitos das mulheres implica observar a proteção e garantia dos direitos humanos como ação de Estado, em todos os níveis de governo – municipal, estadual e federal -, e poderes da República - legislativo, judiciário e executivo.

Síntese Final

A participação do Estado brasileiro no sistema de proteção dos direitos humanos ganhou evidência por meio de diferentes ações que marcam a relação entre Brasil e ONU. Além da ratificação de tratados internacionais de direitos humanos, o Brasil apresenta informes aos Comitês da ONU, recebe visitas in loco de relatores especiais e é membro do Conselho de Direitos Humanos da ONU.

Após a ratificação de um tratado internacional de direitos humanos, tal qual a Convenção CEDAW, o Estado brasileiro possui obrigações com ações de Estado alinhadas ao conteúdo acordado entre os Estados-Parte. Essa obrigação não vem apenas da manifestação do Poder Executivo, que representa o Estado brasileiro nos organismos internacionais e articula as ações de política externa. Esta relação, que também envolve etapas de negociação, convencimento e mobilização em favor dos direitos das mulheres, é o início da formalização do compromisso com os direitos humanos a partir de um instrumento internacional. A adesão a um tratado significa a abertura do ordenamento jurídico brasileiro.

Dar sentido a este conteúdo requer diferentes ações de Estado. No caso da Convenção CEDAW, ações em favor dos direitos humanos das mulheres. É em face da realização desse compromisso que o monitoramento internacional se localiza. Com a ratificação do tratado, o envio de relatório periódico ao Comitê CEDAW/ONU é consequência da implementação de direitos no âmbito interno.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CANÇADO TRINDADE, A. A. **Tratado de Direito Internacional de Direitos Humanos**. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1997. v. I.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. O controle jurisdicional da convencionalidade das leis. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2009, p. 45-46.

MAUÉS, A. A. Supralegalidade dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos e Interpretação Constitucional. **Revista Internacional de Direitos Humanos - Revista SUR**, 2013, p. 215-233.

PIMENTEL, Sílvia. **Experiências e Desafios**: Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU) - relatório bienal de minha participação. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 92 p.(Série Documentos). Disponível em:<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cedaw.pdf>>. Acesso em 10.11.2014.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

PIOVESAN, Flávia. Implementação das Obrigações, Standard e Parâmetros Internacionais de Direitos Humanos no Âmbito Intragovernamental e Federativo. In: BENVENUTO, Jayme (org). **Direitos Humanos Internacionais**: perspectiva prática no novo cenário mundial. Recife: GAJOP; Bagaço, 2006.

RAMOS, André Carvalho. **Processo internacional de direitos humanos**: análise dos sistemas de apuração de violações de direitos humanos e implementação das decisões no Brasil. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

NOTAS

¹Mais informações sobre os mecanismos podem ser consultados nas publicações da ONU sobre o tema, disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/PublicationsResources/Pages/FactSheets.aspx>> Acesso em 13.11.2014.

²Para o PIDCP, o PIDESC e a CIEDR, o número de especialistas nos respectivos Comitês é fixado em 18; para a CEDAW, o número é de 23; e para o CCT e o CDC, o número é de 10.

³Ver Maria da Penha: um caso de litígio internacional (2011). Disponível em <www.cladem.org>. Acesso em 13.11.2014; Ver GONÇALVES, Tamara A. Direitos Humanos das Mulheres e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos. São Paulo: Saraiva, 2013.

⁴Ver PIMENTEL, Sílvia; PANDJIARJIAN, Valéria. Direitos Humanos a partir da perspectiva de gênero. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista53/direitos.htm>. Acesso em 12.11.2014; PANDJIARJIAN, Valéria. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/files/valeriapdf.pdf>>. Acesso em 12.11.2014.

Morte Materna pela Ótica dos Direitos Humanos - Subsídios para análise de casos

Maria José de Oliveira Araújo*
Maria Cecilia Moraes Simonetti**

Introdução

A morte materna é considerada uma grave violação dos direitos humanos das mulheres e a Assembleia Geral das Nações Unidas, através do Conselho de Direitos Humanos, em seu 11º período de sessão (2009) reconhece que “o problema da morbidade e mortalidade maternas preveníveis afeta as mulheres e suas famílias em todas as regiões e culturas e é agravado por fatores como pobreza, desigualdade de gênero, idade e múltiplas formas de discriminação, assim como a falta de acesso a serviços e tecnologias de saúde adequadas e à falta de infraestrutura” (Assembleia Geral das Nações Unidas, 2009).

O Conselho de Direitos Humanos reconhece também que as atuais taxas de morte materna preveníveis são inaceitáveis e constituem um desafio em matéria de saúde, desenvolvimento e direitos humanos. Acrescenta que a análise da morbidade e da mortalidade maternas preveníveis com ênfase nos direitos humanos pode contribuir positivamente para o objetivo de redução das taxas globais desse tipo de morte. Para esse objetivo também colabora a integração da perspectiva de direitos humanos nas ações internacionais e nacionais em relação ao tema (idem).

Em 2009, a Relatoria do Direito à Saúde, em parceria com a Rede Feminista de Saúde, encaminhou para esse Conselho das Nações Unidas contribuição à Resolução Nº.11/8 “Mortalidade e Morbidade Materna e Direitos Humanos”, incluída no documento sobre a realidade da morte materna no mundo elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a pedido desse Conselho.

Para fazer valer suas resoluções, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas recorre aos instrumentos internacionais de Direitos Humanos aplicáveis à morte materna e às Conferências do Ciclo das Nações Unidas, quais sejam: Declaração e Plataforma de Ação de Beijing (1995), Programa de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento (1994) e suas conferências para avaliação das metas e compromissos sobre a redução da morte materna e o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, em particular os que figuram na Declaração do Milênio de 2000 (Resolução 55/2 da Assembleia Geral).

Recorre também às obrigações dos Estados-parte nas Convenções sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), os Direitos da Criança (1989), o Direito das Pessoas com Deficiência (1999), a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e seus Familiares (1990), as Convenções contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes (1984), a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), os Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos (1966) e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1967).

Considerando que a Relatoria Nacional do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, mandato 2009-2011, introduziu em seu plano de trabalho o eixo de violações a direitos sexuais e direitos reprodutivos de mulheres vivendo em situação de privação de liberdade, decidiu-se incorporar na proposta ora apresentada alguns indicadores de violação de direitos fundamentados nas Regras Mínimas das Nações Unidas para Tratamento de Prisioneiros (1984)¹.

As Convenções e Pactos assinados pelos Estados-parte possuem o status de Lei nacional, logo, devem ser cumpridos na sua integralidade, independentemente de religião ou de qualquer outro tipo de impedimento. O não cumprimento destes Pactos e Convenções se configura em violação dos direitos humanos das pessoas e deve ser denunciado às Cortes Internacionais de Direitos Humanos.

Alguns órgãos de monitoramento do cumprimento das obrigações contidas nos Tratados Internacionais têm elaborado recomendações relevantes sobre os direitos sexuais e reprodutivos e incluem considerações em relação ao aborto inseguro. Apesar de ser signatário desses Tratados, o Estado brasileiro continua a considerar o aborto como crime, com exceção dos casos de risco de vida para a mulher (aborto terapêutico) e gravidez resultante de violência sexual (aborto sentimental), permitidos pelo Código Penal Brasileiro de 1940 no seu artigo 128, inciso II. A penalidade para as mulheres que se submetem ao aborto de forma ilegal varia de um a dez anos de prisão, sendo a pena aumentada para aquelas pessoas que o praticam ou auxiliam (Código Penal Brasileiro artigos 128 e 129).

*Relatora sobre o direito à saúde da Plataforma Dhesca Brasil entre 2009 e 2010.

**Assessora da Relatoria sobre o Direito à Saúde da Plataforma Dhesca Brasil.

A ilegalidade do aborto e o seu impacto na morbimortalidade materna no Brasil viola direitos humanos previstos nos Tratados Internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo país aplicáveis aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Esses Tratados recomendam aos Estados-parte que reconheçam o aborto inseguro como questão prioritária e que revisem as legislações punitivas que geram um desnecessário desperdício de vidas de mulheres, acometendo com seletividade aquelas que integram os grupos mais vulnerabilizados (PIOVESAN, 2010).

Os Comitês da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) recomendaram ao Estado brasileiro, em 2003, a adoção de medidas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos. O Comitê CEDAW recomenda claramente “a eliminação de preceitos que discriminam contra a mulher, como as severas punições impostas ao aborto, permitido legalmente apenas em restritas situações” (CEDAW, 1979). Por outro lado, o Comitê PIDESC expressamente recomenda que a lei brasileira seja revista para “proteger as mulheres dos efeitos do aborto clandestino e inseguro e para garantir que as mulheres não se vejam constrangidas a recorrer a tais procedimentos nocivos” (PIDESC, 1967).

O Comitê PIDESC reconhece ainda que a criminalização do aborto ou a sua restrição legal tem impacto negativo e perverso na saúde das mulheres e recomenda a implementação de programas de planejamento reprodutivo como meio de reduzir as ocorrências de aborto. Reafirmando o que recomendam esses dois Comitês, em 2005 o Comitê de Direitos Humanos da ONU reconheceu que “os direitos reprodutivos estão firmemente baseados nos princípios dos Direitos Humanos e que negar acesso ao aborto legal é uma violação dos direitos fundamentais”.

É sabido que as condições de trabalho influenciam a maternidade segura e desejada e representam mais um fator associado à prática do aborto inseguro à qual as mulheres recorrem para não serem demitidas de seus empregos. A saúde das mulheres trabalhadoras tem sido uma preocupação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) desde o início do século XX. Com efeito, a terceira convenção que a OIT adotou na sua história, durante a 1ª Conferência Internacional do Trabalho, diz respeito à proteção à maternidade (Convenção nº 3, 1919, Proteção à Maternidade). Expressão de seu contexto, essa Convenção estabelecia uma licença maternidade de seis semanas, o direito de receber, durante esse período, um salário capaz de manter a trabalhadora e seu filho “em boas condições de saúde e higiene” e o direito a interromper a jornada de trabalho durante uma hora diária para amamentação. Essa primeira convenção de proteção à maternidade foi revisada duas vezes. A primeira revisão, em 1952, deu origem à Convenção nº 103 sobre Proteção à Maternidade e a segunda, no ano 2000, originou a Convenção nº 183 sobre Proteção à Maternidade. A OIT incluiu esse tema na sua atividade normativa desde a sua fundação, em 1919, porque entende que a proteção concedida às mulheres trabalhadoras em virtude da maternidade é um aspecto fundamental das suas condições de trabalho e um mecanismo que facilita a articulação entre trabalho e família, questões que interessam ao trabalho e ao capital.

A realidade do aborto inseguro no Brasil

O aborto inseguro representa a quarta causa de morte materna no Brasil (Brasil, 2005), havendo cidades como Salvador em que o aborto é a primeira causa de morte desde o final dos anos 90. O dossiê A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana (ARAÚJO, SIMONETTI, SOUZA, 2008) revela que a morte por aborto ocorre sobretudo em mulheres dos extratos sociais mais desfavorecidos, jovens, negras, na faixa etária de 14 a 29 anos, com a média e mediana de 23 e 21 anos, respectivamente. O mesmo estudo realizado em Recife e Petrolina, estado de Pernambuco, informa que o percentual de abortamento em relação às internações obstétricas entre 2003-2007 foi de 9,7%. Como na pesquisa da Bahia, 20,1% do total de abortamentos induzidos ocorreram em mulheres com menos de 20 anos de idade (GRUPO CURUMIM; CFEMEA; IPAS-Brasil, s/ data). O estudo sobre morte materna na cidade de Porto Alegre, nos anos de 1999, 2000 e 2001 identificou que a infecção pós-aborto e o distúrbio hipertensivo da gestação representavam, cada uma, 15% das causas de óbito materno (RIQUINHO E CORREIA, 2006).

Na publicação Trilhas de Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde, Caderno 01, 2010), Araújo refere que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),

(...) quase 50% das gestações são indesejadas e uma de cada nove mulheres recorre à prática do abortamento para interrompê-las. Das 46 milhões de mulheres que a cada ano decidem pelo abortamento, 78% residem em países em vias de desenvolvimento e 22% em países desenvolvidos. Anualmente, cerca de 19 milhões de abortamentos inseguros são realizados em escala mundial, sendo que 96% desse total ocorre nos países pobres. Estima-se que, na América Latina e no Caribe, ocorrem 18 milhões de gestações por ano, sendo que destas 52% não foram planejadas, com 23% terminando em abortamento” (OMS apud ARAÚJO, 2010).

O boletim da Comissão de Cidadania e Reprodução de 31 de agosto de 2010 (CEBRAP, 2010) analisa dados do Ministério da Saúde referindo que, no período de 2003 a 2007, houve uma redução de 16,6% nas internações para curetagens por aborto, passando de 250 mil em 2003 para 200 mil em 2007, em consequência da política de planejamento reprodutivo que resultou no aumento da compra e distribuição de métodos contraceptivos para um maior número de municípios. De acordo com Menezes e Aquino,

(...) as internações por abortamento são mais frequentes no Nordeste e Sudeste do país, observando-se, entretanto, nessas regiões, assim como no Sul, em todas as faixas etárias, uma redução de sua ocorrência entre 1992 e 2005 (MENEZES e AQUINO, 2009, p. S196).

De acordo com dados de 2008, das 215 mil hospitalizações do SUS por complicações de abortos, 3.230 estavam associadas a abortos legais. De acordo com Victora *et al*,

Assumindo que um em cada cinco abortos resultou em admissão ao hospital, esses dados sugerem que mais de um milhão de abortos induzidos foram realizados em 2008 (21 por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 49 anos (VICTORA *et al.*, 2011).

Diniz & Medeiros (2010) entrevistaram 2.002 mulheres, entre 18 e 39 anos, do meio urbano e alfabetizadas, durante a Pesquisa Nacional de Aborto - PNA (2010). Essa pesquisa revela que mais de uma em cada cinco mulheres, aos completar 40 anos, já fez aborto e que ele é mais comum nas mulheres com baixa escolaridade. A pesquisa revela ainda que 48% delas usou algum medicamento e que 55% foi internada para finalizar o abortamento. Outro dado importante da pesquisa é que os abortos realizados com medicamentos são mais seguros do que quando realizados com outros métodos, e que o medicamento mais usado é o misoprostol.

Outra pesquisa (YU, 2010), cujos dados são oriundos do banco de dados do DATASUS, revela que no período entre 1995 e 2007 as internações por aborto se constituíram na cirurgia mais realizada pelo SUS, totalizando 3,1 milhões de registros, contra 1,8 milhão de cirurgias de hérnia. Esses dados confirmam os números do Ministério da Saúde sobre as internações por complicações de abortamento no SUS, que foi de uma média de 238 mil/ano na última década.

As estatísticas de internações por aborto não revelam, no entanto, o drama das mulheres que sofrem sequelas temporárias ou permanentes causadas por abortamentos realizados em condições inseguras e nem os casos de morbidade materna extremamente grave (MMEG) chamados em inglês de "quase morte" (near miss), ainda pouco estudados no Brasil (MENEZES E AQUINO, 2009). Para evidenciar com mais precisão a situação das mortes maternas, novos métodos de estudo vêm sendo utilizados, dentre eles as pesquisas sobre morbidade materna extremamente grave que melhor avaliam a atenção oferecida às mulheres (TANAKA, 2008). A MMEG é mais comum que a mortalidade materna e estudos concluíram que mais de uma em cada cem mulheres grávidas teriam sua vida ameaçada se não tivessem sido atendidas em tempo adequado para evitar complicações irreversíveis (WATERSTONE *et al.*, 2001).

Estudo do Comitê de Mortalidade Materna da Federação Latino-americana de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FLASOG, 2008), realizado em nove países (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Cuba, Equador, Peru, Rep. Dominicana e Venezuela), revela que as primeiras causas de MMEG foram os transtornos hipertensivos da gravidez (48%), a hemorragia pós-parto (18%) e a gravidez terminada em aborto (16,5%). De acordo com esse estudo, nas gestações até 22 semanas, as causas de MMEG estiveram associadas a gestações terminadas em aborto (aborto e gravidez ectópica). No Brasil, Argentina e Peru, a maior percentagem de casos em que o aborto foi a condição causal de um evento de MMEG aconteceu nas gestantes atendidas nos hospitais desses países. A pesquisa conclui que os casos

de aborto pesquisados nos nove países contribuíram como causa principal de MMEG em 62,4% dos casos (FLASOG, 2008).

Corroborando os dados e os depoimentos produzidos pelo dossiê sobre o aborto inseguro na Bahia (ARAÚJO, SIMONETTI, SOUZA, 2008), os achados da pesquisa da FLASOG adiantam que as gestantes classificadas como morbidade materna extremamente grave se caracterizaram em uma maior proporção por apresentar idades nos extremos da vida reprodutiva, baixo nível de escolaridade, com períodos curtos entre as gestações e por referir uma deficiente atenção pré-natal, tanto pelo número de consultas como pelo mês de início da mesma.

O processo de elaboração deste documento

A elaboração deste documento incluiu, de início, a leitura dos Tratados Internacionais ratificados pelo Brasil, a revisão bibliográfica de pesquisas acadêmicas, estudos e demais documentos da sociedade civil e de agências das Nações Unidas.

De todos os Tratados Internacionais que têm força de lei no Brasil, a Relatoria do Direito à Saúde selecionou seis que se aplicam aos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Destes, foram escolhidos artigos e recomendações dos seus comitês de monitoramento e supervisão que resultaram na elaboração de uma proposta inicial. Essa proposta foi submetida à apreciação de sete comitês de morte materna estaduais e municipais e especialistas das áreas jurídica e de saúde. Com o aval recebido, a Relatoria analisou alguns casos de morte materna sob a ótica dos Tratados selecionados, exercício que foi apresentado e debatido no Seminário sobre Direitos Humanos, Gênero e Raça organizado pela Plataforma Dhesca/Brasil em parceria com o UNFPA em Brasília, em agosto de 2010.

Após a validação da proposta construída ao longo dessas etapas, a Relatoria selecionou um caso de morte materna, reconhecido como tal por pesquisa acadêmica (MENEZES e AQUINO, 2000) e analisou-o como "exercício modelo", utilizando a ótica dos Direitos Humanos.

Tratados Internacionais e respectivos artigos selecionados

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher/Comitê CEDAW

- Garantia de não discriminação contra a mulher por raça/cor, no direito a serviços de saúde, incluindo a atenção ao abortamento em serviço qualificado;
- Proteção ao direito da mulher por raça/cor, de decidir o número e o espaçamento das gestações e meios para o cumprimento do direito;
- Adoção pelo Estado de medidas para prevenir abortos repetidos e prevenir o risco de Morte Materna.

Convenção sobre os Direitos da Criança/CRC (inclui adolescentes)

- Garantia de medidas protetivas e legais específicas por raça/cor, para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens;
- Garantia de notificação nos documentos e estatísticas oficiais do quesito raça/cor como instrumento de avaliação das vulnerabilidades, sobretudo nos casos de aborto inseguro e seu impacto na saúde de adolescentes e jovens;
- Políticas e recursos orçamentários garantidos para prevenir a Morte Materna em adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social.

Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos

- Existência de medidas protetivas do direito à vida e à integridade física das mulheres negras, indígenas e brancas sob a sua responsabilidade;
- Existência de normas nos serviços de saúde ou outros que informam às mulheres negras, indígenas e brancas sobre os riscos do abortamento inseguro;
- Existência de políticas específicas para mulheres negras, indígenas e brancas em situação de vulnerabilidade e pobreza;
- Existência de programas específicos para garantir emprego para as mulheres negras, indígenas e brancas e contribuir para a maternidade segura e para prevenir a morte materna;
- Considerar na assistência o nível de escolaridade das mulheres negras, indígenas e brancas como fator de vulnerabilidade para o aborto inseguro e a morte materna.

Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais/CESCR

- Existência de orçamento adequado voltado para a saúde da mulher, incluindo a saúde sexual e reprodutiva como mecanismo de prevenção da morte materna;
- Existência de políticas e programas de saúde da mulher, incluindo SSR com perspectiva de gênero para eliminar a discriminação nos serviços de saúde;
- Existência de leis restritivas ao direito ao aborto que levam as mulheres e adolescentes a realizarem abortos em condições inseguras e a colocar a vida em risco;
- Adoção pelo Estado das Convenções da OIT-100, 111 e 183 que protegem a maternidade e contribuem para prevenir a gravidez indesejada e o aborto inseguro e a morte materna.

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial/CERD

- Informação sobre raça/cor no prontuário médico como instrumento de detecção de vulnerabilidades;
- Notificação no serviço das taxas de morte materna por aborto inseguro em mulheres e adolescentes negras e indígenas como medida educativa de prevenção das mortes maternas;

- Postergação no atendimento e outro tipo de discriminação racial no serviço de saúde.

Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes/CAT²

- Garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade com profissionais capacitados para o atendimento e uso de tecnologias adequadas para o caso;
- Tempo adequado de espera entre a chegada ao hospital e o atendimento e condições adequadas de espera;
- Garantia da integridade física e mental durante a permanência nos serviços de saúde;
- Existência de leis punitivas no país que obrigam as mulheres indígenas, negras e brancas a realizarem abortamentos inseguros colocando a vida em risco.

Matriz dos Tratados e dimensões para análise de casos de morte materna por aborto inseguros

A metodologia de análise de casos de morte materna proposta pela Relatoria é vista, pelas autoras, como uma possível referência onde são destacados os Tratados Internacionais. Para facilitar a análise, foram criadas “dimensões” correspondentes aos artigos violados, lembrando-se que essas dimensões representam uma aproximação a “indicadores” passíveis de serem aplicados em estudos de casos de morte materna na ótica dos direitos humanos.

Assim, ressalta-se que, na análise de casos de morte materna caberia a cada Comitê identificar as violações aos direitos humanos a partir da matriz aqui apresentada, sempre considerando as dimensões que mais se aplicam às realidades e às especificidades de cada caso.

Base legal Artigo	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
Artigo ou Recomendação	Nº de serviços de aborto legal existentes, no município ou Estado, por nº de mulheres Existência no serviço de saúde de ações de informação e de acesso ao planejamento reprodutivo pós-aborto História de recusa de atendimento da mulher por um ou mais serviços qualificados para a atenção ao aborto Registro de acesso à contracepção Registro de falta de acesso à contracepção
Base legal Artigo	Convenção sobre os Direitos da Criança (inclui adolescentes)
Artigo ou Recomendação	Magnitude do aborto em adolescente, no município ou Estado

Artigo ou Recomendação	Existência de políticas para adolescentes com garantia de financiamento para sua execução, no município ou Estado História de dificuldade de acesso a serviços de planejamento reprodutivo voltados para adolescentes História de violência sexual associada a gravidez
Base legal Artigo	Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos
Artigo ou Recomendação	Existência de programas para garantia de emprego para mulheres, no município ou Estado Existência, na rede pública de saúde, de informação às mulheres sobre o risco de práticas inseguras para provocar o aborto História de ausência ou insuficiência de proteção do direito à vida e à integridade física da mulher durante a internação Pertencimento a grupo vulnerabilizado ³
Base legal Artigo	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁴
Artigo ou Recomendação	Existência de leis restritivas sobre o aborto Existência na Política de Saúde da Mulher, do município ou Estado, de ações de saúde voltadas para as mulheres com deficiência, rurais, sem escolaridade, negras, indígenas e em privação de liberdade História de direito ao aborto legal não cumprido Nº de mulheres que chegaram ao serviço após 22 semanas de gestação Cumprimento da Convenção da OIT que define a licença maternidade ⁵
Base legal Artigo	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
Artigo ou Recomendação	Razão de morte materna por aborto inseguro em mulheres negras e indígenas comparada àquela da população em geral Existência no prontuário do quesito raça/etnia História de postergação no atendimento por motivo de raça/etnia

Base legal
Artigo

Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes

Artigo ou Recomendação

História de inexistência ou deficiência temporária ou permanente de equipamentos e insumos para o atendimento⁶

História de inexistência de profissionais para o atendimento

História de inexistência de tratamento para dor durante a internação (antes e depois dos procedimentos)

História de maus tratos no atendimento

Base legal
Artigo

Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros

Artigo ou Recomendação

História de uso de algema durante internação para parto ou atenção ao abortamento

História de suspensão do uso de medicamentos essenciais por medida punitiva (antirretrovirais e medicamentos psiquiátricos)

Existência no presídio de serviços para atendimento de mulheres durante gravidez e pós parto

História de peregrinação em busca de leito hospitalar para o parto

Modelo de análise de caso de morte materna por aborto inseguro sob a ótica dos direitos humanos

Caso exemplar de violação dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e de Direitos Humanos

Este caso de morte materna foi analisado pelo Comitê Estadual de Estudos da Morte Materna da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Os Comitês de Estudos da Morte Materna utilizam para a análise dos casos o método Ramos, que se baseia no estudo do atestado de óbito, do prontuário médico do hospital no qual a mulher esteve internada e nas entrevistas com familiares, vizinhos/as e/ou amigos/as, quando existem.

Posteriormente este caso foi objeto de pesquisa acadêmica sobre "Aborto no Brasil" do MUSA/ISC/UFBA, pesquisa que serviu de fonte para a busca dos dados e análise do caso. Os dados resumidos dos outros casos relatados neste documento também tiveram como fonte a referida pesquisa, que foi divulgada no ano 2000, significando que estes casos aconteceram no final da década de 90.

1.1 Histórico do caso

1.1.1 Identificação da mulher

LCS, 20 anos, casada, um filho vivo, manicure, parda/negra, 1º grau de escolaridade, vivia na casa da sogra com filho e marido na periferia de Salvador. Era estudante, não trabalhava fora de casa⁷.

1.1.2 Dados clínicos

LCS não tinha história de doença diagnosticada previamente a esta gestação. Foi internada na maior maternidade pública de Salvador por apresentar quadro clínico de hemorragia e febre. A suspeita diagnóstica foi de abortamento incompleto infectado.

Era usuária de contraceptivo hormonal oral, frequentando serviço de planejamento familiar na rede básica de saúde do seu bairro. Tinha tido uma gravidez anterior (parto normal, RN vivo), sem problemas. Segundo as informações encontradas no relato da pesquisa sobre o caso, LCS estava grávida e induziu o aborto usando Cytotec, 15 dias antes da internação, nesse momento no 3º mês de gravidez.

Após três a quatro dias do uso do Cytotec apresentou sangramento, febre e dor em baixo ventre, razão pela qual procurou uma clínica privada do bairro. Omitiu o uso do Cytotec. Medicaram-na para dor e ela voltou para casa. Continuando com os sintomas, procurou uma conhecida maternidade pública, mas não aceitaram realizar o atendimento "porque era aborto". O porteiro disse que não tinha vaga. A família a levou para outra maternidade pública onde foi internada e fez curetagem. Teve alta 24 horas depois. Voltou para casa, mas foi internada novamente em menos de 24 horas, com muitas dores, febre e dor de cabeça.

Durante a internação apresentou quadro de agitação e as funcionárias do hospital diziam que estava tendo "psicose puerperal, que era arrependimento, porque tinha feito aborto". A sogra, a pedido da mãe, foi visitá-la e "ouviu das outras pacientes que ela estava agitada, queixando-se de dor de cabeça. Tinha caído da cama". A maternidade resolveu encaminhá-la para o hospital psiquiátrico Mário Leal, "para fazer exame com psiquiatra".

A sogra foi impedida de entrar no quarto porque as auxiliares e enfermeiras diziam que ela não ajudava no tratamento. Ela insistiu, dizendo que algo errado estava acontecendo e viu que LCS estava prostrada, só abrindo os olhos. Ao tentar lhe dar a sopa, como é auxiliar de enfermagem, viu que a cabeça estava tensa e suspeitou de meningite. Chamaram o médico e acionaram outros profissionais que a encaminharam a um hospital de doenças infecciosas com suspeita de meningite. Ficou internada nesse hospital após a confirmação do diagnóstico de meningite. Durante esta internação foi encaminhada a outro hospital para realizar exames de ultrassonografia e, segundo a família, LCS esperou muito tempo pelo exame no corredor do hospital. Questionado sobre a espera, o médico que iria realizar o exame respondeu à família "vocês estão com tanta pressa. Se fosse urgência, mas aborto, pra que tudo isso?".

Foi reconduzida ao hospital de doenças infecciosas onde ficou internada na UTI durante uma semana e, no hospital, quase um mês. Teve agravamento do quadro clínico, não respondia mais ao antibiótico e às outras medidas adotadas. No entanto, conseguiu melhorar do quadro e já conversava e movimentava os braços e pernas.

O hospital solicitou à família que transferisse LCS para outro hospital, mas segundo relato da família, "o diretor falou que não ia achar vaga e nenhuma unidade ia querer".

Na percepção da família, LCS foi maltratada em todas as unidades do sistema de saúde pública que procurou - no total, duas maternidades e dois hospitais, um de doenças infecto-contagiosas e um hospital geral. Para a família, o que provocou a morte foi a meningite, mascarada pelo aborto. O marido acha que foi a queda. De toda forma, avaliam que "só se pensou no aborto, não se investigou nada. Menosprezaram o que ela estava sentindo, ao contrário de valorizarem, diziam que era escândalo". A sogra e o marido respondem positivamente à pergunta (espontânea) sobre a forma como LCS havia sido tratada pelos profissionais das unidades: "Não ligavam para suas queixas, demoravam para atender a seus chamados, a recriminavam por ter feito o aborto e nós, da família, não tínhamos informação do que estava acontecendo".

Algumas medidas foram adotadas pela maternidade da primeira internação. Por exemplo, a realização da curetagem e ultrassonografia, porém esta última sem relato de resultado no prontuário. LCS veio a falecer um mês depois da data de entrada na Maternidade Pública, da qual foi encaminhada para o hospital de doenças infecciosas.

O diagnóstico clínico conclusivo apresentou como causa da morte: meningite bacteriana secundária à complicação de aborto.

Determinantes do caso de morte materna de LCS

Os estudos dos casos de morte materna incluem, além de pesquisa no atestado de óbito e no prontuário médico do hospital, entrevista com a família das mulheres e, em algumas situações, entrevistas com vizinhos e amigas. No caso de LCS a entrevista foi realizada com sua sogra, que se identificou como auxiliar de enfermagem e forneceu as informações para a elucidação do caso às pesquisadoras.

Os dados sobre o caso de LCS nos permitem afirmar que diversos fatores determinaram o desfecho trágico da vida desta mulher. Dentre os fatores agravantes do risco pré-existente pelas suas condições sociais, e determinantes da morte considera-se como relevantes os seguintes:

- Pertencimento à raça negra, baixo grau de escolaridade, situação de pobreza, estudante e moradora de bairro periférico, caracterizando uma superposição de vulnerabilidades;
- O descaso com a identificação correta da raça/cor, ao constar no prontuário como cor parda/negra;
- A dificuldade de acesso ao primeiro hospital público procurado pela família no início do quadro por tratar-se de um caso de aborto e, posteriormente, quando precisou ser transferida do hospital de doenças infecciosas para outro;
- Falta de acesso à assistência em situação de emergência obstétrica, somada à negligência na assistência prestada e má qualidade da mesma, tanto do ponto de vista técnico como da humanização, caracterizada por: i) ausência de diagnóstico correto do caso; ii) ausência no prontuário do resultado da ultrassonografia, exame importante para o caso; iii)

alta precoce com apenas 24 horas após o procedimento da curetagem - LCS apresentava sintomas de que tinha problemas e a alta foi dada sem considerar este fato; iv) discriminação em todos os hospitais pelos quais passou por tratar-se de um caso de aborto; v) suspeita incorreta de psicose puerperal causada pelo arrependimento de ter induzido o aborto, o que retardou o diagnóstico correto de meningite; vi) falta de proteção da integridade física e de cuidados que devem ser de responsabilidade do hospital, que fizeram com que LCS caísse da cama; vii) discriminação no momento da realização de exames no hospital público para onde foi encaminhada pelo hospital de doenças infecciosas, com longo tempo de espera para a sua realização, mesmo tratando-se de uma mulher em estado grave, com a justificativa que era um caso de aborto e que, sendo assim, a família não tinha que ter pressa; viii) ausência de acompanhante/família durante a internação; ix) falta de informação à família sobre a gravidade do caso e proibição da entrada da sogra de LCS durante a internação na maternidade;

- O acesso inadequado ao planejamento reprodutivo por falta de informação ou falha do método - esse dado não está claro na história e não é possível elaborar uma conclusão sobre essa questão;

- A falta de acesso adequado às tecnologias - mesmo tendo sido realizado um exame de ultrassonografia, o resultado não foi notificado no prontuário; na história clínica de LCS consta diversas vezes a informação de que a equipe continuava à espera do resultado;

- A ausência, no momento da alta, de uma análise mais integrada da situação de vulnerabilidade social desta mulher pela equipe do hospital. Nesse sentido, a saída do hospital pode ser considerada precoce, como veio a se confirmar posteriormente com o seu retorno quase imediato ao mesmo.

Análise do caso de LCS

Este caso é considerado como uma morte materna 100% evitável pela classificação internacional de doenças (CID), estando no Capítulo XV da CID 10-Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério.

O caso de LCS é um exemplo marcante da falta de cumprimento, pelo Estado, das suas obrigações com as leis nacionais, com os acordos das Conferências das Nações Unidas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, com as metas dos Objetivos do Milênio de redução da mortalidade materna e com os tratados internacionais de Direitos Humanos por ele ratificados. Além disso, este caso viola a Constituição Federal Brasileira nos seus Artigos 196 e 198 que tratam do Direito à Saúde e a Lei Federal nº 9.263/96 que trata do planejamento familiar e do direito das pessoas de decidir o número de filhos que desejam, sem coerção e sem colocar em risco a vida.

A história relatada pela família revela uma cadeia de eventos que levou à violação do direito à vida de LCS sob responsabilidade do Estado brasileiro. A violação da sua integridade física está relacionada à sua condição de gênero,

de raça e de classe social, que foram determinantes para o desfecho trágico do caso.

Com base na análise dos dados constata-se que foram violados os seguintes Tratados Internacionais de Direitos Humanos e seus respectivos artigos:

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher/CEDAW, nos seguintes artigos: garantia de não discriminação contra a mulher por raça/cor, no direito a serviços de saúde, incluindo a atenção ao abortamento em serviço qualificado; proteção ao direito da mulher por raça/cor, de decidir o número e o espaçamento das gestações e meios para o cumprimento de direitos; adoção pelo estado de medidas para prevenir abortos repetidos e prevenir o risco de morte materna.

Convenção dos Direitos da Criança (que inclui adolescentes): garantia de medidas protetivas e legais específicas, por raça/cor, para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; garantia de notificação nos documentos e estatísticas oficiais do quesito raça/cor como instrumento de avaliação das vulnerabilidades, sobretudo nos casos de aborto inseguro e seu impacto na saúde de adolescentes e jovens; políticas e recursos orçamentários garantidos para prevenir a morte materna em adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social.

Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos/CDH: existência de medidas protetivas do direito à vida e à integridade física das mulheres negras, indígenas e brancas sob sua responsabilidade; existência de normas nos serviços de saúde ou outros que informam às mulheres negras, indígenas e brancas sobre os riscos de abortamento inseguro; existência de políticas específicas para mulheres negras, indígenas e brancas em situação de vulnerabilidade e pobreza; existência de programas específicos para garantir emprego às mulheres negras, indígenas e brancas e contribuir para a maternidade segura e prevenir a morte materna; considerar na assistência o nível de escolaridade das mulheres negras, indígenas e brancas como fator de vulnerabilidade para o aborto inseguro e morte materna.

Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais/CESCR: existência de orçamento adequado voltado para a saúde da mulher, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (SSR) como mecanismo de prevenção da morte materna; existência de políticas e programas de saúde da mulher, incluindo saúde sexual e saúde reprodutiva com perspectiva de gênero para eliminar a discriminação nos serviços de saúde; existência de leis restritivas ao direito ao aborto que levam as mulheres e adolescentes a realizarem abortos em condições inseguras e a colocar a vida em risco; adoção pelo Estado das Convenções da OIT-100, 111 e 183 que protegem a maternidade e contribuem para prevenir a gravidez indesejada e o aborto inseguro e a morte materna.

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial/CERD: informação sobre raça/cor no prontuário médico como instrumento de detecção de vulnerabilidades; notificação no serviço das taxas de morte materna por aborto inseguro em mulheres e adolescentes negras e indígenas como medida educativa de prevenção das mortes maternas; postergação no atendimento e outro tipo de discriminação racial no serviço de saúde.

Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes/CAT: garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade com profissionais capacitados para o atendimento e uso de tecnologias adequadas para o caso; tempo adequado de espera entre a chegada ao hospital e o atendimento e condições adequadas de espera; garantia da integridade física e mental durante a permanência nos serviços de saúde; existência de leis punitivas no país que obrigam as mulheres indígenas, negras e brancas a realizarem abortamentos inseguros colocando a vida em risco.

Conclusões

Os casos de morte materna evitável possuem muitos pontos em comum em todos os países onde eles acontecem. As histórias se repetem como um fio de um novelo que tem começo, mas não tem fim, sempre com os mesmos determinantes relacionados com mulheres em situação de pobreza, exclusão social, desemprego e falta de poder. Além desses fatores, também o pertencimento à raça/cor negra, o analfabetismo, o fato de ser adolescente/jovem, de estar em situação de privação de liberdade e de viver no meio rural dos Estados mais distantes dos centros urbanos, contribuem para aumentar a vulnerabilidade à morte materna.

Os casos de morte materna por abortamento realizado em condições inseguras descritos na literatura têm em comum o fato de as mulheres serem jovens, moradoras de bairros periféricos, de baixa escolaridade, pardas e negras, estudantes ou trabalhadoras em profissões ainda não valorizadas como o emprego doméstico. A maioria delas têm filhos pequenos e companheiros. Em geral elas induzem o aborto com métodos não seguros, atestando o impacto sobre a vida das mulheres da ilegalidade do aborto no país.

Outro dado comum a todos os casos é a violência os maltratos sofridos pelas mulheres nos serviços de saúde por terem induzido o aborto. Atos e atitudes discriminatórias são encontrados em todos os relatos das famílias das vítimas, atestando a falta de preparação e de sensibilidade dos profissionais de saúde para com as mulheres.

A análise dos casos de morte materna revela graves violações dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, colocando os serviços de saúde como um locus de vulnerabilidade para a saúde da população feminina que é usuária do sistema público de saúde no Brasil.

Esta proposta pretende servir como um instrumento para que profissionais, representantes de instituições governamentais e não governamentais identifiquem e reconheçam as situações de violação dos direitos humanos das mulheres com foco na mortalidade materna por abortamentos inseguros. Trata-se de um esforço de ir além das causas clínicas, na direção dos Direitos Humanos das mulheres.

Documentação recente do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas recomenda que o enfoque dos direitos humanos seja adotado pelos governos e suas políticas públicas relacionadas ao tema da morte materna com o intuito de contribuir para a redução dessas mortes e,

consequentemente, para o alcance das Metas do Milênio. Este é o pano de fundo que moveu a Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, mandato 2009-2011, a elaborar coletivamente este documento, inédito até a presente publicação.

REFERÊNCIAS

ADVOCACI - advocacia cidadã pelos direitos humanos. **Morte Materna e Direitos Humanos. As mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável.** Rio de Janeiro, novembro de 2005. Edições Advocaci.

ARAÚJO, M.J.O. O uso do misoprostol pelas mulheres. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Trilhas de Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.** Caderno 01. Porto Alegre, 2010.

ARAUJO, M.J.O.; SIMONETTI, C.; SOUSA, L. **A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana (Dossiê).** IPAS/Rede Feminista de Saúde/ IMAIS/CURUMIM/ CFEMEA. Salvador. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento.** Ministério da Saúde. Brasília. 2005.

CEBRAP. **Boletim da Comissão de Cidadania e Reprodução.** São Paulo, 31/08/2010.

Center for Reproductive Rights. **Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy.** Briefing Paper. October 2008.

CURUMIM; IPAS; CFEMEA. **Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina.** Sem data.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. Título I, Capítulo I, Art. 128, incisos I e II. 1940.

DINIZ, D., Medeiros, M. Pesquisa Nacional de Aborto. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** 15 (Supl. 1): 959-966, 2010.

FLASOG. **Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (near miss) en Instituciones Seleccionadas de América Latina.** Comité de Muerte Materna y Perinatal. Lima, Perú. 2008.

GALLI, MARIA BEATRIZ. **A Human Rights Approach to Maternal Mortality in Brazil (2002)** (unpublished LL.M. thesis, University of Toronto) (on file with University of Toronto); see also MARIA BEATRIZ GALLI ET AL., ADVOCACI, MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS 14 (2005).

HUNT, P.; Mesquita, J.B. **Reducing Maternal Mortality: the contribution of the right to the highest attainable standard of health.** Human Rights Centre. University of Essex; UNFPA; EU. s/data.

. **The Rights to Sexual and Reproductive Health**. Human Rights Centre. University of Essex; EU.s/data.

MENEZES, G; AQUINO, EML. Pesquisa sobre o Aborto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S193-S204. 2009.

MENEZES, G; AQUINO, EML. **Aborto no Brasil**, 2000. Apresentação em PowerPoint.

Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Promoción y Protección de Todos los Derechos Humanos, Civiles, Politicos, Económicos, Sociales y Culturales, incluido el Derecho al Desarrollo. **Resolución 11/08. Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos**. 12 de junio de 2009.

NAÇÕES UNIDAS-ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Conselho de Direitos Humanos. Resolução 11/9 **"Mortalidade e Morbilidade Materna e Direitos Humanos"**. Nova York, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

PIOVESAN, F. A Constitucionalidade do PNDH-3. In: **Revista Direitos Humanos-Especial PNH-3 05**, Secretaria de Direitos Humanos/UNESCO, abril de 2010. Brasília.

RIQUINHO, DL; CORREIA, SM. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev Bras Enfermagem**, mai-jun; 59(3): 303-7, 2006.

TANAKA, A. C.A., MARTINS, A.L. Near Miss: as sobreviventes da morte materna. In: **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, nº 28, julho de 2008.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino: uma realidade latino-americana**. Nova Iorque [s.n], 1994.

United Nation. General Assembly. Human Rights Council. **14th Session. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity**. 16 April 2010.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. UNFPA. 3ª edição, 2009.

VICTORA, CG; AQUINO, EML; LEAL, MC; MONTEIRO, CA; BARROS, FC; SZWARCOWALD, CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. In: **The Lancet, Saúde no Brasil**, maio de 2011, pp 32-46.

WATERSTONE, M., BEWLEY, S., WOLF, C. **Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study**. *BMJ*, May, 2001, 322: 1089-1094.

YU, P.C. **"Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos"**. Tese de Doutorado. Instituto do Coração da Universidade de São Paulo-USP. São Paulo. 2010.

NOTAS

¹ A Relatoria realizou missões em presídios femininos e estabelecimentos que acolhem adolescentes cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade. As missões incluem visitas a essas unidades com o objetivo de identificar e denunciar violações aos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. Ao longo das missões, a Relatoria vem se deparando com várias violações a direitos previstos nas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Prisioneiros e no Programa Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, do Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, tais como: superlotação, péssimas condições físicas das celas, suspensão de medicamentos essenciais (antirretrovirais e psiquiátricos) em situações de castigo, gestantes sem o devido acompanhamento pré-natal e dificuldade de acesso à Defensoria Pública para acompanhar processos sobre progressão das penas. As denúncias foram encaminhadas aos órgãos competentes que tratam dos direitos das pessoas privadas de liberdade, incluindo a Procuradoria Federal do Direito do Cidadão, e algumas delas estão em fase de investigação.

² Definição de Tortura: ato intencional infringido por razões baseadas em discriminação ou atos correlatos que causa severo sofrimento mental e físico e é cometido com o consentimento ou aquiescência de agente público

³ Grupo vulnerabilizado abrange mulheres desempregadas, negras, indígenas, privadas de liberdade e sem escolaridade.

⁴ Por ser um Tratado Internacional que contempla países com diferenças legais, optou-se por sua inclusão.

⁵ Justifica-se a inclusão da Convenção da OIT que define a licença-maternidade como prevenção ao aborto inseguro.

⁶ Inexistência de sangue, aparelho de ultrassom, produtos para exames necessários para o caso, entre outros.

⁷ A história da morte de LCS foi obtida, como já referido anteriormente, da pesquisa Aborto no Brasil e não consta na mesma se a família adotou alguma medida judicial contra os hospitais pelos quais ela passou. Também não existe relato de busca de ajuda pela família de nenhuma organização de defesa de direitos ou de defesa das mulheres.

Registros fotográficos

Apresentação e Representação do Projeto



◀ Em 20 de fevereiro de 2014, durante o seminário sobre a Conferência de População e Desenvolvimento de Cairo, as integrantes do **Consórcio do Projeto de Monitoramento CEDAW** - Plataforma Dhesca com Beatriz Galli; Articulação de Mulheres Negras Brasileiras com Nilza Iraci e Simone Cruz; THEMIS com Fabiane Simoni; Gestos Soropositividade com Jô Meneses; Rede de Mulheres Negras e Rede Feminista e AMNB com Alaerte Martins; Coletivo Feminino Plural com Telia Negrão - entregaram publicação sobre o Monitoramento da CEDAW às ministras Eleonora Menicucci, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Luiza Bairros, da SEPIR Presidência, e Harold Robinson, do Fundo de População das Nações Unidas no Brasil.

▶ Em setembro de 2013, Telia Negrão apresentou o Projeto de Monitoramento da CEDAW ao deputado estadual Edegar Preto, coordenador da Frente Parlamentar dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.



◀ O Projeto de Monitoramento da CEDAW foi apresentado em 29 de agosto de 2013 a autoridades e representantes da sociedade civil em encontro realizado em Brasília. Na ocasião, Aparecida Gonçalves (esq.), da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, recebeu de Telia Negrão o Caderno 1 com Recomendações da CEDAW.



▶ Estela Márcia Rondina Scandola (no alto, à direita, na foto), integrante do Consórcio de Redes e Organizações do Monitoramento da CEDAW, participa do Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Conatrap) cujos membros tomaram posse em 29 de janeiro de 2014.



◀ A cientista política Telia Negrão (a quinta, da direita para a esquerda) esteve em agosto de 2014 em Brasília participando da reunião da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher, coordenada por Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (ao lado de Telia, no centro da foto), para explicar o que é o Projeto de Monitoramento da CEDAW.

Reuniões do Grupo

Depois da reunião de constituição do Consórcio do Projeto de Monitoramento da CEDAW, em maio de 2013, o grupo se reuniu no dia 29 de agosto para a apresentação do Projeto a autoridades e representantes da sociedade civil em Brasília. Em dezembro de 2013, em Porto Alegre (RS), houve novo encontro para a sistematização de dados. Durante o encontro, as representantes do Consórcio analisaram as informações coletadas através da consulta participativa feita à sociedade para compor o Relatório Alternativo do Movimento de Mulheres sobre Saúde e Tráfico de Mulheres.



▲ Grupo de Trabalho sobre Tráfico de Mulheres



▲ Integrantes do Comitê Gestor do Projeto



▲ Grupo de Trabalho sobre Saúde das Mulheres



▲ Reunião de formação do Consórcio do Projeto de Monitoramento da CEDAW (maio de 2013)



Reunião de apresentação do Projeto de Monitoramento da CEDAW em Brasília (agosto de 2013) ►

Debates e reuniões de trabalho

A secretária de Políticas para as Mulheres do Rio Grande do Sul, Ariane Leitão (à esq.), foi uma das convidadas da 1ª reunião para constituição do Consórcio para o Projeto de Monitoramento da CEDAW realizado em Porto Alegre, em maio de 2013. Em sua apresentação, falou sobre a pesquisa que fez a respeito do Tráfico Internacional de Mulheres.



◀ (da esquerda para a direita: Ingrid Leão, Lidiane Gonçalves, Jussara Reis Prá, Rayane Noronha, Cristina Guimarães e Santinha Tavares)

O Projeto de Monitoramento da CEDAW foi apresentado no dia 29 de agosto de 2013 a autoridades e representantes da sociedade civil em encontro realizado em Brasília. Lidiane Gonçalves, do Ministério da Saúde, Cristina Guimarães, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Rayane Noronha, da Rede Feminista de Saúde do Distrito Federal, e Santinha Tavares, do Conselho Nacional de Saúde, fizeram um breve relato das informações disponíveis em suas administrações.

Santinha Tavares, do Conselho Nacional de Saúde (à esquerda), e Fernanda dos Anjos, representante do Ministério da Justiça, durante a reunião de apresentação do Projeto de Monitoramento da CEDAW em Brasília.



◀ (da esquerda para a direita: Clair Castilhos, Vera Soares, Telia Negrão e Ingrid Leão)

Vera Soares, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, esteve presente no encontro de Brasília e apresentou suas contribuições.

O Relatório Alternativo foi elaborado com base em informações de bancos de dados oficiais e complementares, obtidas diretamente com gestores, em publicações de organizações da sociedade civil e universidades, além de matérias dos meios de comunicação que subsidiam e confirmam, através de fatos, as afirmações contidas. Um processo participativo estimulou o envio de informes do movimento de mulheres, de núcleos de pesquisa, órgãos e departamentos governamentais de diferentes estados do país. A seguir os dois formulários acerca da saúde integral e tráfico de mulheres e meninas no Brasil utilizados como instrumento de coleta de informações no processo participativo do Monitoramento da CEDAW:



Projeto de Monitoramento da Cedaw – Ação Permanente do Movimento de Mulheres
CONSULTA AO MOVIMENTO DE MULHERES - TEMA SAÚDE DA MULHER

O Brasil é signatário da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação à Mulher – Cedaw. Em 2012 o Estado Brasileiro prestou contas ao Comitê, que por sua vez solicitou ao país que em 2014 respondesse a duas recomendações entre as 43 elencadas. Os temas destacados são Tráfico de Mulheres e exploração da prostituição (Rec. 21) e Saúde (Rec.29). Muitas das recomendações se basearam na informação levada pelas ativistas em nome do movimento de mulheres.

O movimento de mulheres se organizou e está implementando uma Ação Permanente, ou seja, elaborando um Relatório Alternativo da Sociedade Civil e ao mesmo tempo criando as bases para a continuidade deste trabalho, com indicadores e metodologia, pois em 2016 haverá outro Relatório Periódico.

Assim como ocorreu em 2003, 2007 e 2012, é muito importante que todo o movimento de mulheres participe da elaboração do Relatório Alternativo para 2012.

Este formulário permite que sua organização, grupo, movimento, ou você mesma, colabore com o relatório que estamos organizando, sobre o tema SAÚDE DA MULHER.

RECOMENDAÇÃO 29 DO COMITÊ: *O Comitê insta o Estado-parte a:*

- a) continuar seus esforços para aumentar o acesso das mulheres a cuidados de saúde e monitorar e avaliar a implementação do programa Rede Cegonha visando a reduzir efetivamente a taxa de mortalidade materna, em particular, no âmbito grupos de mulheres desfavorecidas;
- b) Agilizar a revisão da legislação que criminaliza o aborto, a fim de eliminar as disposições punitivas impostas às mulheres, como já recomendado pelo Comitê (CEDAW/C/BRA/CO/6, parágrafo 3.); e colaborar com todos os intervenientes na discussão e análise do impacto do Estatuto do Nascituro, que restringe ainda mais os já estreitos motivos existentes ao aborto legal, antes da aprovação pelo Congresso Nacional do Estatuto do Nascituro; e
- c) Incluir informações detalhadas em seu próximo relatório periódico sobre a Planos Estaduais Integrados do Combate à Feminização do HIV / Aids e outras DST (Revisto em 2009), que visam ampliar o acesso das mulheres em todo o país à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e HIV / AIDS.

Por favor, nos responda, apresentando dados, fatos, notícias, estudos, constatações, todos recentes (últimos dois anos) que possam ser comprovados como verídicos, sobre os seguintes temas:

- 1- Em que aspectos se considera que a atenção à saúde das mulheres que desejam ter filhos tem falhado no Brasil? Tem dados da sua realidade local? Conhece algum caso de negação à atenção integral?
- 2- Em que aspectos se considera que a atenção à saúde das mulheres que não desejam ter filhos tem falhado no Brasil? Tem dados da sua realidade local? Conhece algum caso de dificuldade no acesso aos métodos contraceptivos? E ao aborto previsto em lei?
- 3- Alguma mulher já foi presa em sua região por ter abortado ou tentado abortar? O que aconteceu com ela(s)? Como é sua situação hoje?
- 4- Você pode afirmar, comprovadamente, que em sua cidade não há serviço de atendimento ao abortamento legal?
- 5- Em que medida você considera que a Rede Cegonha pode não ter prestado a atenção a todas as mulheres e a todas as causas de mortalidade materna?
- 6- Se você dispõe de boas informações, poderia nos ajudar a explicar por que a mortalidade materna continua elevada no Brasil?
- 7- Em sua percepção e vivência, como exemplifica a influência dos setores conservadores para reduzir e impedir o exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil?
- 8- Você conhece fatos recentes sobre impactos da legislação restritiva ao aborto que permitiria ao Comitê Cedaw melhor entender o que se passa no Brasil?
- 9- É possível comprovar que as mulheres dos segmentos desfavorecidos da população, tais como as mulheres negras, rurais, indígenas, lésbicas, privadas de liberdade, deficientes, idosas, têm sofrido os impactos no acesso à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos? Você tem histórias para contar?
- 10- Sabemos que as mulheres que vivem com HIV sofrem inúmeras discriminações e barreiras, existe onde você mora (município e estado) serviços de atenção que permitam a essas mulheres uma vida digna e saudável? Você conhece casos recentes de negação de direitos?
- 11- Por favor, envie suas informações, incluindo anexos, se houver, para o seguinte email: relatoriocedaw2013@gmail.com e identifique "Saúde" no título do email.

Nome:	
Organização:	
Endereço:	
Município :	Estado :
Telefones: ())	Celular ())
Site:	Facebook:
E-mail:	

Sua colaboração será consignada. Caso você não autorize, marque aqui () . Gratas pela sua colaboração

Saiba mais sobre esta ação em www.monitoramentocedaw.com.br ou pelo telefone (51) 3221-5298.



Projeto de Monitoramento da Cedaw – Ação Permanente do Movimento de Mulheres

CONSULTA AO MOVIMENTO DE MULHERES – TEMA: TRÁFICO DE MULHERES

O Brasil é signatário da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação à Mulher – Cedaw. Em 2012 o Estado Brasileiro prestou contas ao Comitê, que por sua vez solicitou ao país que em 2014 respondesse a duas recomendações entre as 43 elencadas. Os temas destacados são Tráfico de mulheres e exploração da prostituição (Rec. 21) e Saúde (Rec.29). Muitas das recomendações se basearam na informação levada pelas ativistas em nome do movimento de mulheres.

O movimento de mulheres se organizou e está implementando uma Ação Permanente, ou seja, elaborando um Relatório Alternativo da Sociedade Civil e ao mesmo tempo criando as bases para a continuidade deste trabalho, com indicadores e metodologia, pois em 2016 haverá outro Relatório Periódico.

Assim como ocorreu em 2003, 2007 e 2012, é muito importante que todo o movimento de mulheres participe da elaboração do Relatório Alternativo para 2012.

Este formulário permite que sua organização, grupo, movimento, ou você mesma, colabore com o relatório que estamos organizando, sobre o tema do TRÁFICO DE MULHERES:

RECOMENDAÇÃO 29 DO COMITÊ: 21. O Comitê recomenda que o Estado-Parte: a) Considere adotar uma lei abrangente contra o tráfico de pessoas em conformidade com o Protocolo de Palermo, a fim de implementar plenamente o artigo 6º da Convenção e assegurar que os responsáveis sejam julgados e punidos e as vítimas adequadamente protegidas e assistidas, conforme recomendado anteriormente pelo Comitê (CEDAW/C/BRA/CO/6, parágrafo 24.); b) Levando em consideração os resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito reveja, adote e implemente o II Plano Nacional de Combate ao Tráfico de Pessoas (PNETP 2 II) e elabore e implemente, dentro de seu arcabouço, uma estratégia abrangente de combate e prevenção da exploração da prostituição e o turismo sexual no Estado-Parte; c) Estabeleça um mecanismo unificado nacional para coordenar esforços visando à prevenção e combate ao tráfico interno e internacional de pessoas e de proteção das vítimas; d) Ofereça informações e treinamento sobre como identificar e lidar com vítimas de tráfico e nas disposições das leis internas antitráfico ao Judiciário, aos oficiais de justiça, aos guardas de fronteira e aos assistentes sociais; e) Assegure acompanhamento sistemático e avaliação periódica, incluindo a coleta e análise de dados sobre o tráfico e a exploração das mulheres na prostituição. Ademais, realize estudos comparativos sobre o tráfico e a prostituição e aborde as suas causas profundas a fim de eliminar o risco de meninas e mulheres caírem vítimas de exploração sexual e tráfico, e; f) Fortaleça os seus esforços na cooperação internacional, regional e bilateral com os países de origem, trânsito e destino para impedir o tráfico, por meio de intercâmbio de informações e a adoção de medidas conjuntas para julgamento e punição dos traficantes.

Por favor, nos responda, apresentando dados, fatos, notícias, estudos, constatações, todos recentes (últimos dois anos) que possam ser comprovados como verídicos, sobre os seguintes temas:

- 1- Na sua realidade, para quais finalidades se traficam pessoas? Pode citar situações ocorridas nos últimos 4 anos?
- 2- Considera que este tema tem sido suficientemente abordado pelo Estado brasileiro? Por que?
- 3- Como ocorre a atuação no enfrentamento ao tráfico de pessoas (incluindo as três esferas de governo)? Quais serviços dispõem? O que fazem?
- 4- Quais medidas ou ações de prevenção você considera necessárias para evitar o tráfico de pessoas?
- 5- Você conhece boas e más experiências de atendimento às pessoas traficadas? Conhece práticas discriminatórias no atendimento e garantia de direitos às pessoas traficadas? Em caso positivo, como ocorreram? Onde?
- 6- Na sua realidade, pode indicar alguma relação entre exploração sexual de meninas e mulheres com o tráfico?
- 7- Na sua realidade, pode indicar alguma relação entre tráfico de pessoas e grandes projetos de infraestrutura e/ou desenvolvimento ou grandes eventos?
- 8- Conhece alguma experiência de retirada de pessoas da condição de trabalho escravo? Havia mulheres e/ou meninas nesta condição? Em relação a garantia de direitos desses/as pessoas, sabe de alguma situação sobre diferença de tratamento entre homens e mulheres? Foi considerada a existência do tráfico de pessoas nesta operação?
- 9- Você conhece algum caso recente (menos de 4 anos) de julgamento de traficantes de pessoas? Dê detalhes.
- 10- Você ou sua organização integram ou já integraram projetos de prevenção/capacitação para o tema? Conhecem estudos e pesquisas? Por favor, nos informe.
- 11- Você tem alguma consideração a fazer sobre os projetos de lei sobre tráfico de pessoas?

Por favor, envie suas informações, incluindo anexos, se houver, para o seguinte email: relatoriacedaw2013@gmail.com e identifique "Tráfico" no título do email.

Nome:	
Organização:	
Endereço:	
Município	Estado
Telefones: () ----- Celular () -----	
Site:	Facebook:
E-mail	

Sua colaboração será consignada. Caso você não autorize, marque aqui () . Gratias pela sua colaboração

¹Esta terminologia inclui identidades de gênero femininas, como pessoas travestis e transexuais.

ação permanente



Comitê Gestor

Coletivo Feminino Plural

Comitê da America Latina e do Caribe para os Direitos da Mulher (Cladem/Brasil)

Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero/UFRGS (NIEM-UFRGS)

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Consórcio Nacional de Entidades

Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras

Associação Casa da Mulher Catarina

Comissão de Cidadania e Reprodução

ECOS Comunicação em Sexualidade

Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero

Instituto Mulher pela Ação Integral à Saúde e Direitos Humanos (IMAIIS)

Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro-Oeste (IBISS/CO)

Plataforma DHESCA Brasil

THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero

www.monitoramentocedaw.com.br

ação permanente



CEDAW

Consórcio de Redes e Organizações do Projeto de Monitoramento da CEDAW

Comitê Gestor



Coletivo Feminino Plural



Comitê da América Latina e do Caribe para os Direitos da Mulher



Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero/UFRGS



Entidades

Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
Associação Casa da Mulher Catarina
Comissão de Cidadania e Reprodução
ECOS Comunicação em Sexualidade
Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero
Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável/CO
Instituto Mulher pela Ação Integral à Saúde e Direitos Humanos (IMAIIS)
Plataforma DHESCA Brasil
THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero

Apoio

Secretaria de Políticas para as Mulheres

