

Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres

49ª Sessão

11-29 de Julho de 2011

(tradução livre por Juliana Fontana Moyses)

Panorama

Comunicação nº 17/2008

Submetido por: Maria de Lourdes da Silva Pimentel, representada pelo Centro de Direitos Reprodutivos e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

Suposta vítima: Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida)

Estado parte: Brasil

Data da comunicação: 30 de novembro de 2007 (submissão inicial)

Em 25 de julho de 2011, o Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres adotou o texto anexo como a visão do Comitê de acordo com o artigo 7º, parágrafo 3º do Protocolo Opcional em relação à comunicação nº 17/2008.

Anexo

Visão do Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres de acordo com o artigo 7º, parágrafo 3º do Protocolo Opcional da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (49ª sessão)

Submetido por: Maria de Lourdes da Silva Pimentel (agindo em seu próprio nome e em nome de sua família), representada pelo Centro de Direitos Reprodutivos e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

Suposta vítima: Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida)

Estado parte: Brasil

Data da comunicação: 30 de novembro de 2007 (submissão inicial)

O Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, estabelecido pelo artigo 17 da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres,

Em reunião em 25 de julho de 2011,

Adota a seguinte:

Panorama de acordo com o artigo 7º, parágrafo 3º do Protocolo Opcional

1. A autora da comunicação, de 30 de novembro de 2007, é Maria de Lourdes da Silva Pimentel, mãe de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida), agindo em seu nome e em nome da família da falecida. Eles estão representados pelo Centro de Direitos Reprodutivos e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos¹. Eles alegam que Alyne da Silva Pimentel Teixeira é vítima de uma violação do Estado parte de seu direito à vida e à saúde, de acordo com os artigos 2º e 12 da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. A Convenção e o Protocolo Opcional entraram em vigor no Estado parte em 2 de março de 1984 e 28 de setembro de 2002, respectivamente.

Os fatos como apresentados pela autora

2.1. Alyne da Silva Pimentel Teixeira, uma cidadã brasileira de ascendência africana, nasceu em 29 de setembro de 1974. Ela era casada e tinha uma filha, A.S.P., que nasceu em 2 de novembro de 1997.

2.2. Em 11 de novembro de 2002, Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi para a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo (o centro de saúde) sofrendo com náusea severa e dor abdominal. Ela estava no sexto mês de gravidez à época. O obstetra-ginecologista que a atendeu prescreveu medicação anti-náusea, vitamina B12 e uma medicação local para infecção vaginal, e marcou um exame de sangue de rotina e um exame de urina para o dia 13 de novembro de 2002 como uma medida de precaução, e mandou a Sra. da Silva Pimentel Teixeira para casa. Ela imediatamente começou a tomar os medicamentos prescritos.

2.3. Entre os dias 11 e 13 de novembro de 2002, as condições da Sra. da Silva Pimentel Teixeira pioraram consideravelmente, e no dia 13 de novembro de 2002, ela foi para o centro de saúde junto com sua mãe, para ver se o obstetra-ginecologista poderia atendê-la antes da análise de sangue e urina agendada. O obstetra-ginecologista a examinou e a admitiu no centro de saúde às 8h25.

2.4. Outro médico examinou a Sra. da Silva Pimentel Teixeira na ala de maternidade e não conseguiu detectar batidas do coração fetal. Às 11h, um ultrassom confirmou esta conclusão.

2.5. Os médicos do centro de saúde informaram a Sra. da Silva Pimentel Teixeira que ela precisaria tomar medicação para induzir o parto do feto natimorto, e o parto começou a ser induzido mais ou menos às 14h. Às 19h55, a Sra. da Silva Pimentel Teixeira havia tido o feto natimorto, de 27 semanas. Ela ficou desorientada imediatamente após fazê-lo.

2.6. Em 14 de novembro de 2002, mais ou menos 14 horas depois do parto, a Sra. da Silva Pimentel Teixeira passou por uma cirurgia de curetagem para remover partes da placenta e os “resíduos”², depois do que sua condição

¹ O Comitê recebeu depoimentos de *amicus curiae* do Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, da Comissão Internacional de Juristas, e da Anistia Internacional, provendo informações gerais a respeito do direito à saúde e da mortalidade materna no Brasil, e chamando atenção às obrigações internacionais dos Estados.

² Nota da tradutora: não consegui achar melhor tradução para a palavra original, que era “afterbirth”.

continuou a piorar (hemorragia severa, vômitos de sangue, baixa pressão sanguínea, desorientação prolongada e fraqueza física irresistível, inabilidade de ingerir comida). Sua mãe e seu marido não a visitaram no centro de saúde neste dia, pois confiaram nas garantias dadas por telefone de que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira estava bem.

2.7. A autora afirma que no dia 15 de novembro de 2002, Sra. da Silva Pimentel Teixeira ficou mais desorientada, sua pressão sanguínea continuava baixa, ela continuava a vomitar, tinha dificuldade para respirar, e a hemorragia continuava. Os funcionários do centro de saúde realizaram uma punção abdominal, mas não encontraram nenhum sangue. A Sra. da Silva Pimentel Teixeira recebeu oxigênio, Cimetidina, Mannitol, Decadron e antibióticos. Os médicos explicaram para sua mãe que seus sintomas eram consistentes com os sintomas de uma mulher que nunca recebeu cuidados pré-natal, e que ela precisava de uma transfusão de sangue; neste ponto, ela chamou o marido da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, que então foi ao centro de saúde. Às 13h30, os funcionários pediram para a mãe da Sra. da Silva Pimentel Teixeira os registros de pré-natal desta, pois não conseguiam encontrar nenhum no centro de saúde.

2.8. Os médicos no centro de saúde contataram tanto hospitais públicos quanto privados com infraestrutura superior, para transferir a Sra. da Silva Pimentel Teixeira. Apenas o Hospital Geral de Nova Iguaçu, municipal, tinha espaço disponível, mas se recusou a utilizar sua única ambulância para transportá-la naquele momento. Sua mãe e seu marido não conseguiram obter uma ambulância privada, e a Sra. da Silva Pimentel Teixeira esperou em condições críticas por oito horas, com manifestos sintomas clínicos de coma pelas últimas duas horas, para ser transportada de ambulância para o hospital.

2.9. Quando a Sra. da Silva Pimentel Teixeira chegou no hospital com dois médicos e seu marido, às 21h45 do dia 15 de novembro de 2002, ela estava com hipotermia, tinha dificuldade respiratória aguda, e apresentava um panorama clínico compatível como coagulação intravascular disseminada. Sua pressão sanguínea caiu a zero, e ela teve que ser ressuscitada. O hospital a colocou em uma área de improvisado no corredor da sala de emergência porque eles não tinham camas disponíveis.

2.10. Os atendentes médicos não trouxeram os registros médicos dela para o hospital. Ao invés disso, deram ao médico um breve resumo oral de seus sintomas.

2.11. No dia 16 de novembro de 2002, a mãe da Sra. da Silva Pimentel Teixeira a visitou. Ela estava pálida e tinha sangue em sua boca e em suas roupas. O hospital mandou a mãe da Sra. da Silva Pimentel Teixeira para o centro de saúde para buscar os registros médicos dela. No centro, ela foi questionada do porquê estar pedindo tais registros, e teve que esperar por eles.

2.12. A Sra. da Silva Pimentel Teixeira morreu às 19h do dia 16 de novembro de 2002. Uma autópsia determinou que a causa oficial da morte foi hemorragia digestiva. De acordo com os médicos, esta resultou do parto do feto natimorto.

2.13. Em 17 de novembro de 2002, a pedido do hospital, a mãe da Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi novamente ao centro de saúde pegar os documentos médicos de sua filha. Os médicos do centro de saúde disseram a ela que o feto já estivera morto no útero por vários dias, e foi isso o que causou a morte.

2.14. Em 11 de fevereiro de 2003, o marido³ da Sra. da Silva Pimentel Teixeira propôs uma ação contra o sistema de saúde por danos morais e materiais.

A reclamação

3.1. A autora argumenta que o artigo 2º da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres dispõe ação imediata para enfrentar a discriminação contra as mulheres, como definido pelo artigo 1º da Convenção, quando o direito de uma mulher à vida é violado pela falha de assegurar sua segurança durante a gravidez e o parto.

3.2. A autora argumenta que o artigo 2º (c) da Convenção determina que os Estados parte não apenas devem garantir as medidas legais para combater a discriminação, mas também assegurar a implementação prática de tais medidas e a realização dos direitos sem atraso. O Comitê estabeleceu que os Estados parte devem assegurar que as ações legislativas, executivas e de política cumpram com as obrigações de respeitar, proteger e cumprir os direitos das mulheres a cuidados de saúde, bem como desenvolvam um sistema que assegure ação judicial efetiva. A falha em fazê-lo constituiria uma falha no artigo 12 da Convenção. Além do mais, o Comitê observou que deve ser dada especial atenção às necessidades de saúde e aos direitos das mulheres pertencentes a grupos vulneráveis e desfavorecidos, e que o dever de eliminar a discriminação no acesso aos cuidados de saúde inclui a responsabilidade de levar em conta as maneiras pelas quais fatores sociais, que podem variar entre mulheres, determina o estado de saúde destas.

3.3. A autora afirma que as obrigações no campo dos cuidados de saúde, nos termos dos artigos 2º e 12 da Convenção, são obrigações de efeito imediato, porque os direitos à vida e à não-discriminação são imediatamente aplicáveis, e as violações requerem ação governamental urgente. Referindo-se ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a autora argumenta que as obrigações de “assegurar” são de caráter mais imediato e não estão sujeitas à qualificação de realização progressiva, em contraste às obrigações que se referem a “reconhecer” (determinado direito).

3.4. A autora alega que o Brasil falhou em garantir o acesso a tratamento médico de qualidade durante o parto, portanto, violando seus deveres de acordo com os artigos 2º e 12 da Convenção⁴. Dado que o maior motivo pelo qual as

³ Os arquivos da denúncia trazem informações contraditórias sobre quem especificamente propôs a ação civil em 11 de fevereiro de 2003. Em alguns lugares, menciona-se a mãe da falecida, enquanto em outros lugares, menciona-se seu marido.

⁴ Nesta conexão, a autora faz referência à Recomendação Geral nº 24 (1999) do Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres sobre o artigo 12 da Convenção (mulheres e saúde), e ao

mulheres grávidas morrem é por atrasos evitáveis em obter o devido cuidado emergencial em uma gravidez complicada – como foi o caso da Sra. da Silva Pimentel Teixeira –, assistência treinada durante a gravidez, incluindo assistência para emergências obstétricas, é um fator vital para prevenir a morte materna.

3.5. Enquanto a Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi tratada por um ginecologista-obstetra e por isso tinha nominalmente acesso a um profissional de saúde treinado, a baixa qualidade do cuidado que ela recebeu foi um fato crítico para sua morte. Um provedor competente de cuidados de saúde teria se alertado ao fato de que a náusea severa e a dor abdominal que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira sentiu em seu sexto mês de gravidez era um sinal de um problema potencialmente sério, e teria determinado o tratamento apropriado. Se os exames de sangue e de urina tivessem sido realizados no mesmo dia, teria sido descoberto que o feto havia morrido, e que o parto deveria ser induzido imediatamente. Isto teria prevenido a deterioração condição da Sra. da Silva Pimentel Teixeira.

3.6. A autora alega que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira deveria ter passado pela cirurgia imediatamente após o parto, para remover os “resíduos” e a placenta, que não haviam sido totalmente expelidos durante o parto, como normalmente o são, e que podem ter causado sua hemorragia, complicações, e em última análise, sua morte. Também se afirma que ela deveria ter sido transferida para um local melhor equipado para a cirurgia, dado que esta aconteceu em resposta a uma situação anormal. Ao contrário, a Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi operada na manhã seguinte ao parto, e a cirurgia ocorreu no centro de saúde. Tentativas de transferi-la para um hospital não começaram até que se passasse um dia inteiro depois que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira começasse a ter hemorragia severa. A transferência, que reportadamente demorou mais de oito horas, foi inefetiva em ajudá-la a obter cuidado especializado porque ela foi deixada desatendida em uma área de improvisado no corredor do hospital por 21 horas até a sua morte. A incapacidade em realizar uma transferência efetiva e oportuna foi mais um exemplo do cuidado incompetente que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira recebeu.

3.7. A autora afirma que a falta de acesso a cuidados médicos de qualidade durante o parto é emblemática dos problemas sistemáticos do modo como os recursos humanos são gerenciados no sistema de saúde brasileiro de forma geral. O fornecimento de cuidado especializado durante a gravidez é criticamente dependente de um sistema de saúde funcional⁵, e este necessita de um número adequado de atendentes especializados alocados onde são necessários; escalas de pagamento satisfatório e oportunidades de progressão de carreira; mecanismos de supervisão e apoio; mecanismos funcionais para aumento de qualidade; e um sistema de transporte e transferência para garantir o acesso oportuno aos

Comentário Geral n° 14 (2000) do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais sobre o direito ao mais alto padrão atingível de saúde (art. 12)

⁵ Ver “Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant” (“fazendo a gravidez mais segura: o papel crítico do atendente especializado”), uma declaração articulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da Confederação Internacional de Parteiras, e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2004).

cuidados de alto nível, especialmente em uma emergência. Estudos de agências das Nações Unidas revelam que o sistema de saúde nacional brasileiro apresenta fraquezas consideráveis em cada uma destas áreas. Afirma-se que problemas relacionados à baixa qualificação do pessoal, um excesso de pessoal mal qualificado e uma escassez de pessoal bem qualificado são maiores em níveis municipais, por exemplo, em centros de saúde como a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo, do que em níveis estaduais ou federais.

3.8. A autora afirma que o Brasil falhou em garantir acesso oportuno ao cuidado obstétrico emergencial, violando os artigos 2º e 12 da Convenção. Pelo menos três indicadores relacionados à acessibilidade e à qualidade do cuidado obstétrico emergencial são particularmente relevantes, dadas as falhas específicas deste caso e as falhas mais sistêmicas do Estado parte em eliminar mortes maternas evitáveis. Os indicadores aos quais a autora se refere estão incluídos nas diretrizes para o monitoramento da disponibilidade e uso dos serviços obstétricos (outubro de 1997) do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), nos seguintes termos:

(a) Distribuição geográfica equânime de instalações de cuidado obstétrico emergencial (quatro instalações de cuidado obstétrico emergencial básico e uma instalação de cuidado obstétrico emergencial inclusive para cada 500.000 pessoas);

(b) Atendimento às necessidades das mulheres foi cuidado obstétrico emergencial (no mínimo, a maior parte das mulheres que precisa de cuidados obstétricos emergencial deve recebe-los);

(c) A proporção de mulheres com complicações obstétricas admitidas em uma instalação com serviços de cuidado obstétrico emergencial que falecem não deve ser maior do que 1%.

A autora sugere que um resultado negativo em qualquer destas três categorias sugere que um Estado não está cumprindo sua obrigação de prover cuidado materno.

3.9. A autora afirma que os fatos do presente caso e os dados de estudos de mortalidade materna no Brasil demonstram o não cumprimento da obrigação de prover cuidado materno. As evidências demonstram que as instalações de cuidado obstétrico emergencial são distribuídas geograficamente de forma desproporcional (indicador 1), que as mulheres tem um nível de necessidades não atendidas maior do que os níveis aceitáveis (indicador 2), e que as mortes obstétricas in instalações ocorrem em níveis maiores do que os aceitáveis (indicador 3), portanto, restando demonstrada a falha do Estado parte em assegurar acessibilidade e qualidade de cuidado obstétrico emergencial, o que seria sua obrigação pelo direito à saúde disposto no artigo 12 da Convenção.

3.10. Devido em parte à distribuição desproporcional de instalações de saúde de alto nível, a Sra. da Silva Pimentel Teixeira enfrentou sérios desafios para obter acesso a um hospital durante o período em que ela precisava de cuidado

emergencial imediato: o único hospital que a recebeu se localizava em uma cidade vizinha a mais ou menos duas horas de distância. Considerando que o acesso ao hospital disponível mais próximo requeria um tempo de viagem equivalente ao tempo que, em média, uma mulher nas condições dela teria de vida, ela não teve acesso razoável aos serviços emergenciais necessários. Desigualdades similares existem na distribuição de instalações de saúde entre estados.

3.11. A autora afirma que no presente caso, a ausência ou falha de um sistema de transferência entre o centro de saúde e as instalações de nível mais alto, e a falta de coordenação entre os cuidados de pré-natal e de parto atrasaram criticamente o acesso da vítima aos serviços, e pode ter custado sua vida. Apenas um hospital entre os contatados tinha espaço disponível. Não havia nenhum meio de transporte para levar a Sra. da Silva Pimentel Teixeira ao hospital, pois este não quis usar sua única ambulância. O centro de saúde não tinha o seu próprio meio de transporte, e sua mãe não conseguiu encontrar uma ambulância privada. Não havia camas disponíveis no hospital, e os médicos do centro de saúde falharam em mandar os registros médicos dela para o hospital.

3.12. Dada a experiência da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, além dos numerosos estudos sobre mortalidade materna no Brasil que identificam a baixa qualidade do cuidado de saúde nas emergências obstétricas como uma razão determinante para a alta taxa de mortalidade materna no Brasil, e do fato que a taxa de fatalidade em muitas instalações ultrapassa níveis aceitáveis, a autora afirma que a incompetência e negligência dos provedores de cuidados de saúde e a falta de acesso oportuno aos serviços foram fatores chave na morte dela.

3.13. A autora afirma que o Estado parte violou os direitos da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, de acordo com o artigo 2º (c) da Convenção, falhando em garantir a efetiva proteção dos direitos das mulheres. Ela se refere à jurisprudência do Comitê na Comunicação 5/2005 (*Sahide Goekce (falecido) v. Austria*), no qual o Comitê determinou que o estabelecimento por um Estado parte de remédios legais e de outros tipos [para enfrentar violência doméstica] deve ser apoiado por atores dos Estados que aderem às obrigações de devida diligência. A autora também se refere à ênfase dada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos às obrigações dos Estados de organizar suas estruturas governamentais de modo a garantir que a violência e discriminação contra as mulheres sejam prevenidas, investigadas e punidas e, ainda, que às mulheres seja dada reparação. Os fatos do caso mostram que o Estado parte claramente falou em fazer funcionar um sistema que garanta ação judicial efetiva e proteção no contexto de violações à saúde reprodutiva. Ela afirma que a falta de resposta por parte do sistema judicial claramente aponta para a falha sistêmica do Estado parte em reconhecer a necessidade de adotar medidas de reparação que compensem e forneçam restituição às mulheres que foram discriminadas.

3.14. Sobre o exaurimento das instâncias internas, a autora afirma que o acesso à justiça é ilusório. O marido da falecida, em seu nome e em nome da filha deles, de 5 anos de idade, propôs uma ação civil por danos materiais e morais em 11 de fevereiro de 2003, três meses após a sua morte, e requereu uma *tutela*

*antecipada*⁶ duas vezes. O primeiro pedido feito pela família da falecida, em 11 de fevereiro de 2003, foi ignorado. O juiz negou o segundo pedido, feito em 16 de setembro de 2003. Porém, mais de quatro anos e meio depois, [percebe-se que] houve negligência judicial em relação a este processo, e é provável que ainda vá demorar muitos anos mais para que o judiciário chegue a uma decisão. Especificamente, **ainda não ho**uve audiência, e o Tribunal demorou três anos e 10 meses para designar um perito médico, embora a lei determine que isto deve ser feito em 10 dias.

3.15. A falta de uma resposta oportuna e significativa do judiciário teve um efeito devastador na família, particularmente na filha da falecia, que foi abandonada por seu pai e agora vive em condições precárias (falta de acesso a serviços psicológicos, escassos meios de necessidades básicas como comida, roupas, etc) com sua avó materna. O atraso extraordinário em chegar a uma decisão em relação aos pedidos de *tutela antecipada* e a inércia no processo colocaram a filha da vítima ainda mais em perigo, e representa um risco de dano irreparável.

3.15. A falta de uma resposta oportuna e significativa do judiciário teve um efeito devastador na família, particularmente na filha da falecia, que foi abandonada por seu pai e agora vive em condições precárias (falta de acesso a serviços psicológicos, escassos meios de necessidades básicas como comida, roupas, etc) com sua avó materna. O atraso extraordinário em chegar a uma decisão em relação aos pedidos de *tutela antecipada* e a inércia no processo colocaram a filha da vítima ainda mais em perigo, e representa um risco de dano irreparável.

3.16. A autora também alega que as decisões anteriores do Comitê apoiam a aplicabilidade da exceção à regra do esgotamento das instâncias internas. Ela afirma que a decisão do Comitê a respeito da duração do processo no caso *A.T. v. Hungria* (comunicação 2/2003) – i.e., que casos de violência doméstica não têm prioridade nos procedimentos judiciais – é análoga à situação brasileira, onde processos que envolvem violência contra as mulheres e saúde faz mulheres, especialmente a saúde de mulheres de grupos vulneráveis, incluindo mulheres de contextos socioeconômicos mais pobres, e mulheres de ascendência africana, não têm prioridade no sistema de justiça.

3.17. A autora afirma que o processo civil não pode ser considerado um meio efetivos de obter reparação pela violação a direitos humanos denunciada na comunicação, e enfraquece o propósito do instrumento, cujo objetivo é abordar e reparar significativamente, de maneira prática e imediata, as necessidades da família. A demora é equivalente a uma negativa de justiça.

3.18. A autora afirma que o caso não foi e não está sendo examinado sob nenhum procedimento de investigação ou determinação internacional.

Observações do Estado parte sobre a admissibilidade e mérito da comunicação

⁶ *Tutela antecipada* é um mecanismo judicial que requer ao juiz que antecipe os efeitos protetivos de uma decisão. Pode ser usado para evitar demoras injustificadas na decisão judicial que poderiam levar a danos sérios ou irreparáveis.

4.1. Por sua própria submissão de 13 de agosto de 2008, o Estado parte indica que considera que as seguintes normas estão conectadas ao presente caso: (a) a eliminação de discriminação contra as mulheres no acesso aos serviços de saúde, particularmente aqueles relacionados à gravidez e parto; (b) a adoção legal de políticas públicas e outras medidas concretas que garantam a provisão de serviços de saúde reprodutiva; (c) a responsabilidade primária do Estado pelo cuidado à saúde das mulheres; e (d) a obrigação de que serviços de saúde disponíveis garantam o consentimento totalmente informado, respeitem a dignidade de todas as pessoas e garantam confidencialidade, e que os trabalhadores do sistema de saúde sejam sensíveis às demandas particulares das mulheres. O Estado parte explica que o direito à saúde, disposto nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal Brasileira, determina o direito subjetivo de indivíduos à saúde, para o qual o Estado parte tem obrigações tanto positivas quanto negativas. Ele (o Estado parte) explica que o serviço público de saúde, através de políticas públicas de saúde, é o aparato estatal responsável por tal direito, e explica em detalhe tanto os papéis proativos e defensivos do Estado no campo da saúde. Ainda observa que o conceito de direito à saúde inclui vários elementos, sendo “saúde” definida como um bem-estar social, psíquico e físico total, e sendo que o direito à assistência à saúde representa apenas um aspecto do direito à saúde. Também destaca a diferença entre o direito à saúde e o direito à assistência médica, sendo que o último é restrito a ações médicas realizadas para detectar e tratar doenças e se relaciona ao direito à saúde nos termos da habilidade de curar doenças ou estender a expectativa de vida. O direito a cuidados com a saúde ou à assistência de saúde requer, por definição, a organização e operação de serviços assistenciais.

4.2. O Estado parte então passa a examinar o direito à saúde no contexto de sua Constituição Federal, e as competências correspondentes das respectivas esferas políticas e do setor privado. O artigo 196 da Constituição Federal define saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo assegurado por políticas e acesso igual universal às ações e serviços voltados à promoção de saúde, proteção e recuperação. A execução de ações e serviços de saúde pode ser realizada diretamente pelo Governo ou através de terceiros, com o Governo detendo autoridade exclusiva para a sua regulação, supervisão e controle. O Estado implementa tais ações e serviços através de uma rede regionalizada e hierárquica composta de um sistema de saúde unificado (Sistema Único de Saúde). Ações e serviços de saúde, portanto, incluem assistência à saúde ou cuidados de saúde, bem como diversas outras atividades, tais como monitoramento de saúde, que juntos compreendem o direito à saúde.

4.3. A Constituição Federal determina que o setor privado deve prover apenas assistência à saúde. Este setor não é autorizado a executar ações de cuidado à saúde prescritas no artigo 200 da Constituição⁷, pois não têm nenhuma conexão

⁷ De acordo com este dispositivo (artigo 200 e seus incisos), ao Sistema Único de Saúde cabe, entre outras obrigações, conforme definido pela lei: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar, em sua área de atuação, o

com cuidado à saúde. Instituições privadas podem participar no sistema de saúde de acordo com as suas diretrizes por meio de um acordo ou contrato público. Em relação à distribuição de responsabilidade entre as esferas políticas, o inciso VII do artigo 30 da Constituição determina que governos municipais devem prover serviços de saúde para a população com a cooperação técnica e financeira dos governos estadual e federal.

4.4. A divisão de responsabilidades, como definido pela Constituição, indica que as obrigações correspondentes ao direito à saúde, em sua dimensão positiva mais abrangente, incluindo cuidado de saúde e outras ações e serviços de saúde, são as únicas competências do Estado, juntamente com a regulação, aplicação e controle de tais obrigações. O setor privado é autorizado a prover assistência à saúde, o que engloba serviços médicos e farmacêuticos, enquanto que a municipalidade detém a total responsabilidade sobre serviços de saúde voltados à população em geral. O escopo da ação do Estado, portanto, é bem mais amplo do que o prescrito ao setor privado. Políticas de saúde, em outras palavras, são domínio exclusivo das esferas políticas, como também o são as ações voltadas para monitorar os serviços de assistência à saúde providas pelo setor privado.

4.5. O Estado parte explica mais a fundo seu dever de regular, aplicar e controlar ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde estabelece o Sistema Nacional de Auditoria e coordena a avaliação técnica e financeira do sistema de saúde ao longo do território nacional com a cooperação técnica dos estados, municipalidades e do distrito federal. O Sistema Nacional de Auditoria realiza avaliações técnicas e científicas, e auditoria contábil, financeira e de ativos, do sistema de saúde através de um processo descentralizado. A descentralização é garantida através de órgãos de estados e municipais, e escritórios do Ministério da Saúde em cada estado brasileiro e do distrito federal.

4.6. Instituições privadas podem ser legalmente incorporadas ao sistema de saúde apenas no caso de a disponibilidade do serviço ser insuficiente para garantir atendimento à população em determinada área geográfica. O papel das instituições privadas dentro do sistema de saúde, portanto, é prover assistência à saúde, e não de realizar ações de aplicação, controle ou de regulação, nem de implementar políticas públicas sob o sistema. Estas instituições estão sujeitas aos princípios do sistema de saúde e do sistema nacional de auditoria em relação à avaliação da qualidade do serviço.

4.7. A respeito das alegações de que o Estado parte violou os artigos 2 e 12 por sua falha em adotar medidas voltadas a eliminar a discriminação contra as mulheres no campo do cuidado à saúde, tratando diretamente da atenção médica abaixo do padrão oferecida à Sra. da Silva Pimentel Teixeira, o Estado parte observa que diversas políticas públicas estão sob um desenvolvimento que aborda as necessidades específicas das mulheres, particularmente aquelas em situação de vulnerabilidade, o que afeta a igualdade entre homens e mulheres. Isto envolve,

desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

de fato, uma reclamação sobre a falta de acesso a cuidados médicos, na medida em que a comunicação não oferece um único link entre ao gênero da Sra. da Silva Pimentel Teixeira e os possíveis erros médicos cometidos. O Estado parte se refere à conclusão do relatório de visita técnica do Departamento de Auditoria do Rio de Janeiro, que concluiu que as falhas na assistência médica provida para a Sra. da Silva Pimentel Teixeira não se encaixam na discriminação contra as mulheres, mas sim, em uma provisão deficiente e de baixa qualidade do serviço de saúde à população, resultando nos fatos descritos. O Estado parte admite que a condição vulnerável da Sra. da Silva Pimentel Teixeira requeria tratamento médico individualizado, o que não foi provido, mas afirma que a alegada falta de cuidado médico específico não foi negado por causa de uma ausência de políticas públicas e medidas englobadas dentro da obrigação do Estado parte em combater a discriminação contra as mulheres em todos os campos. O caso descreve uma falha potencial na assistência médica provida por uma instituição de saúde privada, indicando erros nos mecanismos usados para contratar os serviços de saúde privados, e, por extensão, a inspeção e controle de tais serviços, e não indicando uma falta de comprometimento por parte do Estado em combater a discriminação contra as mulheres.

4.8. O Estado parte argumenta que sua linha de raciocínio foi confirmada pelo Comitê Estatual de Mortalidade Materna, que concluiu, no relatório investigativo sobre morte materna, emitido pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, que a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi não-maternal, e que a causa provável da morte foi hemorragia digestiva. Além disso, o relatório contém um sumário de informações sobre a morte dela, incluindo o cuidado médico inicial provido a ela, sua admissão no hospital, e sua morte, com referência, ademais, à causa da morte e as conjunturas críticas em seu tratamento, além de conter comentários e recomendações. O sumário do relatório investigativo é o documento que o Comitê da Mortalidade Materna analisa e usa, em conjunto com outros relatórios, para preparar um relatório anual que estabeleça estudos de caso e medidas de prevenção a serem implementadas para reduzir a mortalidade maternal.

4.9. O Estado parte também afirma que o presente caso revela possíveis falhas na assistência à saúde provida pela Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora da Glória, que, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, é um hospital privado com fins lucrativos, autorizado a realizar procedimentos de média e alta complexidade. A Casa de Saúde opera através de um acordo entre o sistema de saúde e o administrador municipal. Em resposta às alegações da autora de que a instituição privada violou o direito à saúde da Sra. da Silva Pimentel Teixeira e que a municipalidade de Belford Roxo falhou em cumprir seu dever em avaliar e controlar os serviços de saúde, o Ministério da Saúde requereu ao Departamento de Auditoria Nacional do sistema de saúde que conduzisse uma visita técnica às municipalidades de Belford Roxo e Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro, para reunir os fatos do caso e determinar a possível negligência médica ou erros nos cuidados providos à mulher grávida. O relatório da visita técnica recomendou encaminhar o caso aos Conselhos de Classe, para verificar os fatos relacionados aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) que trataram a

Sra. da Silva Pimentel Teixeira e para o Pacto pela Redução da Morte Materna e Neonatal sob o Ministério da Saúde.

4.10. Em relação à ação civil proposta em 11 de fevereiro de 2003 pela família da Sra. da Silva Pimentel Teixeira e outros buscando a reparação de danos, o Estado parte afirma que o caso entrou na fase de julgamento, após a apresentação de sustentação oral de ambas as partes, bem como do laudo pericial, e nenhum atraso injustificado foi observando, sendo uma decisão de mérito esperada para julho de 2008. Dada a complexidade da ação civil, que envolve mais de um autor e requer prova pericial, o caso não se estendeu além do tempo normal de ações da mesma natureza.

4.11. O Estado parte rejeita a alegação da autora de que o que aconteceu com a Sra. da Silva Pimentel Teixeira reflete a falta de comprometimento do Estado parte em reduzir mortalidade materna e que o Estado parte sofre uma falha sistêmica em proteger os direitos básicos das mulheres. O Estado parte traz uma visão detalhada das várias medidas implementadas no país até então, bem como a máquina estatal operante e os planos nacionais para a realização dos direitos das mulheres, em particular os direitos das mulheres à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, o que atestam que o Estado possui uma política concatenada para eliminar a discriminação contra as mulheres. O Estado parte reconhece que as mortes evitáveis de mulheres em idade fértil são violações aos direitos humanos, e é por esta razão que o governo federal, particularmente na administração atual, fez da saúde das mulheres uma prioridade. O Estado parte também traz dados demonstrando a redução na mortalidade materna, particularmente das regiões sul e sudeste, e argumenta que o presente caso representa uma exceção causada por negligência profissional, excesso de trabalho, infraestrutura inadequada e falta de preparo profissional. A respeito da existência de discriminação, na medida em que o caso envolve uma mulher afro-brasileira da periferia urbana, o Estado-parte destaca o fato de que a visita técnica preparada pelo departamento de auditora do sistema de saúde não encontrou nenhuma evidência de discriminação. Porém, o Estado parte não elimina a possibilidade que a discriminação pode ter contribuído para o evento até certo ponto, mas não decisivamente. Na verdade, a convergência ou associação do conjunto de elementos descritos pode ter contribuído para a falha em prover o cuidado necessário e emergencial para a Sra. da Silva Pimentel Teixeira, contribuindo para sua morte.

4.12. O Estado parte explica que uma das prioridades estabelecidas no Plano Nacional de Políticas para Mulheres envolve a promoção de cuidado obstétrico qualificado e humanizado, particularmente para mulheres afro-americanas e indígenas, incluindo atenção para abortos inseguros para a redução de mortalidade e morbidade materna. Para cumprir este objetivo, 18 ações são providas para 2011, com o Ministério da Saúde sendo responsável por implementá-las. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes, refletindo o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuem para garantir os direitos humanos das mulheres e para reduzir a mortalidade e a morbidade que advém de casos evitáveis. Em respeito à formulação das políticas,

o Estado parte destaca a participação da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial, do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, e associações científicas, de conselhos profissionais, de pesquisadores e acadêmicos na área, de administradores do sistema de saúde e de agências de cooperação internacional.

4.13. Finalmente, o Estado parte explica em detalhe sua ênfase no ciclo reprodutivo e ações voltadas a garantir cuidado de saúde amplo e de qualidade para mulheres grávidas através de cuidado pré-natal adequado em unidades de saúde, tratamento obstétrico emergencial e ações de planejamento familiar.

4.14. O Estado parte conclui que claramente não foi indiferente ou insensível à sua obrigação em implementar políticas de saúde que provêm cuidado específico para mulheres. O esforço não é restrito a direitos sexuais e reprodutivos, mas presta uma atenção maior à saúde das mulheres, o que envolve um cuidado geral por seu bem-estar físico e mental em geral.

Os comentários da autora sobre as observações do Estado parte sobre admissibilidade e mérito

5.1. Na submissão de 19 de janeiro de 2009, a autora relembra que a obrigação para reduzir mortalidade materna é uma das obrigações chave que advém do direito à saúde. A autora aponta que o Estado parte reconheceu que as mortes evitáveis são um problema sério no Brasil, e que a falha em enfrentar tais mortes constitui uma séria violação aos direitos humanos. Porém, apesar de seu reconhecimento retórico do problema da mortalidade materna, o Estado parte falhou em cumprir sua obrigação em garantir os direitos das mulheres à vida e à saúde. A autora cita estatísticas, incluindo estatísticas da OMS, de acordo com quem mais de 4.000 mortes maternas ocorrem todo ano no Brasil, representando um terço das mortes maternas na América Latina. A comunicação também se refere a uma avaliação das Nações Unidas, de acordo com a qual as taxas de mortalidade materna são “consideravelmente mais altas do que aquelas de países com menor nível de desenvolvimento econômico, e são geralmente consideradas inaceitáveis”⁸. As contínuas altas taxas de mortalidade materna no Estado parte constitui uma falha sistemática em priorizar e proteger os direitos humanos básicos das mulheres. A morte materna evitável da Sra. da Silva Pimentel Teixeira claramente exemplifica esta falha.

5.2. A autora reitera que a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira constitui uma violação ao direito à vida previsto no artigo 6º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, ao direito à proteção efetiva dos direitos das mulheres, e ao direito à saúde, definidos nos artigos 2 (c) e 12 da Convenção (CEDAW). Mais especificamente, o Estado parte não garantiu acesso ao tratamento médico de qualidade durante o parto, e nem acesso ao cuidado obstétrico emergencial oportuno, envolvendo o direito à não-discriminação baseada em gênero e raça. A

⁸ Nações Unidas, *A UN Reading of Brazil's Challenges and Potential* (Uma leitura das Nações Unidas sobre os Desafios e Potenciais do Brasil) (2005), parágrafo 40.

inabilidade da família da Sra. da Silva Pimentel Teixeira em obter reparação do Estado parte viola o direito à proteção efetiva.

5.3. A autora desafia a afirmação do Estado parte de que o caso não se estendeu além do tempo normal para ações civis da mesma natureza, implicitamente argumentando que o caso desse modo não se encaixa dentro da exceção de “injustificadamente demorado” à necessidade de exaurimento das instâncias nacionais. Este argumento ignora os atrasos significativos impostos pelo Estado parte que tem efetivamente impedido a autora de resolver seu caso no tribunal interno. A família originalmente propôs uma ação requerendo reparação por danos materiais e morais em 11 de fevereiro de 2003, apenas três meses depois da morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira. Quase oito anos se passaram desde que esta ação foi proposta, mas a atividade judicial no caso foi mínima e não está claro quando o Juízo vai prolatar a sentença. O Estado parte não aborda adequadamente o atraso injustificadamente prolongado em seus comentários, afirmando apenas que o caso está atualmente na fase de julgamento, após a apresentação de sustentação oral de ambas as partes, e que “atrasos justificados na conclusão do caso” são improváveis. Porém, é incontestável que a ação foi proposta em 11 de fevereiro de 2003 e que o laudo pericial não foi realizado até agosto de 2007, mais de quatro anos depois. Além disso, contrariamente à afirmação do Estado parte de que um julgamento de mérito seria emitido em julho de 2008, tal julgamento ainda não ocorreu. A autora argumenta, portanto, que a falha em atingir a conclusão de mérito na ação interna não pode mais ser considerada razoável, e se refere, entre outras coisas, ao caso *A.T. v. Hungria*, no qual o Comitê considerou que um atraso de três anos em um caso de violência doméstica significou uma demora injustificada dentro da disposição do artigo 4, parágrafo 1, do Protocolo Opcional⁹. A autora ainda se refere à afirmação do Comitê, no mesmo caso, que casos de violência doméstica no Estado em questão não gozam de prioridade nos procedimentos judiciais, e argumenta que esta conclusão é análoga à situação no Brasil, onde processos envolvendo violência contra as mulheres e saúde das mulheres, especialmente em relação a mulheres de grupos vulneráveis, incluindo mulheres de baixos níveis socioeconômicos e de ascendência africana, não têm prioridade no sistema de justiça¹⁰. Ademais, o Estado parte não esclareceu por que nomear um perito traria complexidade ao caso. A família não agiu para prolongar os já demorados procedimentos judiciais, e a conduta do estado e das autoridades judiciais foram a razão primária para o prolongamento injustificado do caso. Em primeiro lugar, demorou quatro anos para o juízo interno nomear um perito, mesmo que as normas legais disponham que esta nomeação deve se dar em até 10 dias. Em segundo lugar, mesmo após a conclusão do trabalho do perito, e das sustentações orais de ambas as partes, mais de um ano passou e o Brasil não seguiu seu próprio prazo para declarar um julgamento de mérito. Em terceiro lugar, o Brasil não aborda os atrasos judiciais significativos em relação aos pedidos de tutela antecipada.

⁹ Comunicação n° 2/2003, *A.T. v. Hungria*, visões adotadas em 26 de janeiro de 2005, parágrafo 8.4.

¹⁰ Ver Comissão Interamericana de direitos humanos, *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas* (Acesso à Justiça para Mulheres Vítimas de Violência nas Américas), parágrafos 208, 212, 213, 215 e 216 (2007)

5.4. A autora afirma que o atraso injustificado agravou os já devastadores efeitos da morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira para sua família. Desde a propositura da Comunicação ao Comitê em 2007, a situação econômica já precária da família piorou. A autora, que era a cuidadora da família e única fonte de renda, foi forçada a parar de trabalhar como empregada doméstica por causa de problemas de saúde. Ela não recebe nenhum benefício em razão do desemprego. A família de cinco é forçada a subsistir no pouco dinheiro que o bisavô da A.S.P. dá a eles. Apesar do trauma psicológico de perder sua mãe na idade de 5 anos, A.S.P. não recebeu o tratamento médico e psicológico necessário por conta de razões financeiras. Ela também desenvolveu uma deficiência na fala, e tem tido dificuldades com sua educação. A autora afirma que a situação de vida trágica de A.S.P. representa uma contínua violação das obrigações do Brasil pela Convenção, bem como de seu próprio sistema legal interno, e da Convenção dos Direitos da Criança.

5.5. Além do quadro de admissibilidade, a autora argumenta que o Estado parte não aborda o problema dos atrasos sistêmicos no sistema de justiça, os quais violam o direito à proteção efetiva, disposto no artigo 2, parágrafo (c), da CEDAW. O Estado parte tem rotineiramente falhado em prover remédios judiciais adequados para mulheres de grupos vulneráveis¹¹, como a Sra. da Silva Pimentel Teixeira e sua família. Atrasos judiciais são agravados para alguns dos mais vulneráveis segmentos da sociedade; mulheres de níveis socioeconômicos mais baixos e mulheres de ascendência africana enfrentam dificuldades imensas “em se beneficiar dos remédios judiciais para reparação por atos de violência e discriminação cometidos contra eles”¹². Para a filha da vítima, estes atrasos significaram que sua vida cotidiana ficou ainda mais precária. Crianças que perdem suas mães enfrentam um risco aumentado de morrerem, são menos inclinadas a frequentar a escola e podem receber menos cuidado de saúde em sua vida. Por esta razão, crianças como A.S.P. tem o direito de medidas especiais de proteção dentro das normas internas do Brasil¹³. Ao invés desta proteção, a inação contínua do juízo interno significa que os direitos da A.S.P. estão postos em perigo, arriscando ocorrer dano irreparável.

5.6. A respeito das obrigações do Estado parte sob a CEDAW, a autora argumenta que a implementação do direito à saúde determina certas obrigações de efeito imediato, incluindo eliminar a discriminação e tomar medidas para a realização total deste direito. A obrigação de que as instalações de saúde estejam disponíveis de forma não-discriminatória é, portanto, uma obrigação de efeito imediato. O direito à saúde determina obrigações legais específicas para os Estados-parte, que devem respeitar, proteger e cumprir o direito. Simplesmente adotar uma estratégia nacional de saúde não é suficiente para cumprir as obrigações do Estado parte. Esta estratégia deve também ser implementada e periodicamente revisada, em um processo transparente e participativo¹⁴. A autora se refere às

¹¹ Ver *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas* (Acesso à Justiça para Mulheres Vítimas de Violência nas Américas), parágrafos 88 e 89.

¹² Ibid. Parágrafo 213.

¹³ Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 4, 11 e 53.

¹⁴ A autora se refere ao Comentário Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

observações finais do Comitê, as quais tornam claro que a implementação brasileira de suas políticas nacionais de saúde resta insuficiente para o cumprimento da Convenção no campo da saúde materna. O Comitê observou em particular que o Brasil estava tendo problemas em implementar as determinações da Convenção em todos os níveis da Federação de maneira consistente, sendo que tais problemas estavam ligados aos diferentes graus de vontade política e compromisso de autoridades estaduais e municipais. A necessidade por avaliação de políticas através de indicadores e referências foi discutida pelo Comitê em relação ao Brasil, mas o Brasil não empenhou nenhum esforço para tal monitoramento baseado em resultados¹⁵.

5.7. A distinção entre obrigações de conduta e obrigações de resultado é crítica para entender o direito à saúde. Quanto Estados agem para implementar este direito, eles não apenas precisam criar políticas designadas para realizar um direito (obrigação de conduta), mas precisam também garantir que tais políticas realmente alcancem os resultados desejados (uma obrigação de resultado).

5.8. A autora argumenta que os programas do Estado parte não demonstraram as medidas concretas e resultados como requeridos pela Convenção. Apesar do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal estabelecer objetivos louváveis para a redução de morte materna, os altos níveis de mortalidade materna não têm se alterado significativamente. Isto se dá por pelo menos três fatores. Em primeiro lugar, há uma variedade de problemas de coordenação. Em segundo lugar, as políticas de saúde do Brasil precisam ser respaldadas por financiamento adequado, que é alocado equitativamente: apesar de 10% dos gastos do Governo ser voltado à área da saúde, o gasto com saúde materna é mínima em comparação com outros programas. O Brasil gastou apenas US\$ 96,00 por pessoa em saúde em 2003, um número afortunadamente baixo. Em terceiro lugar, as políticas não estão ligadas à obtenção de resultados através de indicadores e referências de saúde. Por exemplo, o financiamento do sistema não é ligado a resultados, os quais, por sua vez, não são avaliados suficientemente.

5.9. A autora desafia o raciocínio do Estado parte, de acordo com o qual a comunicação não oferece um único link entre o gênero da Sra. da Silva Pimentel Teixeira e os possíveis erros médicos cometidos e por isso o caso não se enquadraria na definição de discriminação determinada pela CEDAW. A autora argumenta que este raciocínio negligencia a definição de discriminação descrita na Convenção e outros tratados internacionais de direitos humanos. Discriminação, para tais tratados, inclui ações dos Estados que tenham o efeito de criar uma barreira para o gozo de direitos humanos, incluindo o direito ao acesso ao mais alto nível possível de saúde. Pelo artigo 1 da Convenção, a discriminação contra as mulheres é definida como “qualquer distinção, exclusão ou restrição feita com base no sexo que tenha o efeito ou propósito de prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pelas mulheres... dos direitos humanos”. O artigo 2, parágrafo (d), da Convenção determina aos Estados que “evitem realizar qualquer ato ou prática de discriminação contra mulheres e garantam que as autoridades públicas e instituições ajam de acordo com esta

¹⁵ Ver CEDAW/BRA/CO/6.

obrigação”. Para garantir a realização do direito à saúde, os Estados devem prover acesso a serviços de saúde maternal de uma maneira não-discriminatória. Este requerimento não é formal, mas sim, determina que os Estados abordem as “características distintas e fatores que diferenciam mulheres em comparação com homens”, incluindo os fatores biológicos associados à saúde reprodutiva¹⁶. A negação ou negligência em intervenções de saúde que apenas mulheres precisam é uma forma de discriminação contra mulheres.

5.10. O tratamento de saúde grosseiramente negligente provido para a vítima constitui uma forma de discriminação de fato pela Convenção. O Estado parte reconheceu que o status de mulher grávida da Sra. da Silva Pimentel Teixeira deveria ter assegurado seu acesso acelerado e qualitativamente melhor a tratamento médico, mas concluiu que os erros no cuidado médico maternal da Sra. da Silva Pimentel Teixeira foram quase totalmente não relacionados à discriminação. A falha em prover serviços de saúde materna adequada para a população feminina de Belford Roxo constitui uma violação do direito à não discriminação. O fato de que a população da cidade é majoritariamente de ascendência africana agrava mais esta violação.

5.11. A definição de discriminação adotada pelo Estado parte é excessivamente estreita porque falha em reconhecer a distinção entre discriminação *de jure* (de direito) e *de facto*. O Comitê abordou este problema em suas observações finais sobre o Brasil.

5.12. A respeito da responsabilidade do Estado parte no nível internacional, a autora se refere ao artigo 2 (e) da Convenção, de acordo com o qual os Estados partes devem “tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres por qualquer pessoa, organização ou empreendimento”. Esta obrigação é melhor explicada na Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre o artigo 12 da Convenção (mulheres e saúde), o que, em seu parágrafo 15, requer que Estados partes devem “agir para prevenir e impor sanções por violações de direitos por pessoas privadas e organizações”. O Estado parte reconheceu que os Estados partes não podem se absolver da responsabilidade nestas áreas, delegando ou transferindo estes poderes a agências do setor privado. A jurisprudência do Comitê CEDAW e da Corte Americana dos Direitos Humanos estabelecem responsabilidade estatal por má prática médica cometida em instituições privadas de saúde. Significativamente, no caso *Ximenes Lopes v. Brasil*, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos observou que a peticionante recebeu cuidados de saúde mental de uma “entidade privada licenciada pelo Sistema Único de Saúde do Governo Federal”, apesar de que o Brasil não contestou a responsabilidade nestes termos¹⁷. Na decisão final da Corte Interamericana, esta distinção público/privado foi considerada não ser uma questão central; a responsabilidade do Estado Brasileiro por violações de direitos

¹⁶ Ver a Recomendação Geral nº 24 do Comitê, parágrafos 11 e 12, e a Recomendação geral nº 25 (2004), no artigo 4, parágrafo, da Convenção (medidas especiais temporárias), parágrafo 8.

¹⁷ Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Damião Ximenes Lopes v. Brasil*, petição 12.237, relatório nº 38/02, parágrafo 19

humanos na instalação de saúde privada publicamente licenciada foi assumida¹⁸. Ademais, no caso *A.S. v. Hungria*, o Comitê afirmou que foi requerido que a Hungria monitorasse tanto instituições públicas quanto privadas por violações de direitos humanos nos termos da Convenção¹⁹.

5.13. A autora desafia a avaliação do Estado parte, de acordo com a qual a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi de natureza não-materna, resultando de uma suposta “hemorragia digestiva”. A autora enfatiza que o Estado parte se baseou em um relatório indisponível do Comitê de Mortalidade Materna para alcançar tal avaliação, e que a classificação da morte como não-materna ignora clara evidência médica do contrário. Tal evidência médica demonstra que a morte resultou de causas diretamente relacionadas à gravidez, e era evitável.

5.14. A OMS define a morte materna como “a morte de uma mulher enquanto grávida ou em até 42 dias após o final da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, de qualquer causa relacionada à gravidez ou agravada por ela ou por seu manejo, mas não por motivos acidentais ou incidentais”²⁰. A autora observa que o Brasil oficialmente afirma que usa estas classificações da OMS para morte materna²¹, mas estas foram aplicadas de forma imprópria ao caso.

5.15. Na apresentação inicial da Sra. da Silva Pimentel Teixeira no centro de saúde em 11 novembro de 2002, profissionais médicos deveriam ter diagnosticado e tratado a morte fetal intrauterina, baseada em seus sintomas urgentes. Porém, a morte fetal intrauterina não foi diagnosticada até 13 de novembro de 2002, sendo que nesta data o médico que tratava dela deveria ter induzido o parto imediatamente. Após o parto do feto natimorto, muito mais tarde àquele dia, os sintomas da Sra. da Silva Pimentel Teixeira pioraram muito. Apesar do fato que tais sintomas deveriam ter levado ao tratamento imediato, ela não recebeu a necessária cirurgia de curetagem para remover os resíduos de placenta até o dia seguinte. Apesar da óbvia necessidade de tratamento imediato e a contínua piora da sua condição, ela não foi transferida ao hospital geral até 49 horas após o parto. Seus registros médicos não foram transferidos com ela, e a equipe no hospital geral não ficou ciente de que ela havia estado grávida. A falha em transferir seus registros e informar à equipe médica que ela estivera grávida constitui uma negligência grosseira. Esta corrente de eventos claramente demonstra que a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira resultou da série de intervenções médicas negligentes seguindo a morte fetal intrauterina. Sua morte, portanto, foi causada por complicações obstétricas relacionadas à gravidez e deve ser categorizada como uma morte obstétrica.

¹⁸ *Ximenes Lopes v. Brasil*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, série C, n° 149 (4 de julho de 2006)

¹⁹ Comunicação n° 4/2004, *A.S. v. Hungria*, observação adotada em 14 de agosto de 2006, parágrafo 11.5.

²⁰ OMS, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank* (Mortalidade Materna em 2005: estimativas desenvolvidas pela OMS, UNICEF, UNFPA e o Banco Mundial), p. 4

²¹ Ministério da Saúde, *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna* (3ª ed, 2007), p. 12

5.16. A autora argumenta que a classificação da morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira como não-maternal exemplifica a ampla subnotificação e classificação errônea de mortes maternas no Estado parte. O Estado parte enfrenta problemas recorrentes em relação às certidões de óbito oficiais voltadas a documentar as mortes maternas. A informação nestas certidões de óbito tende a ser de baixa qualidade ou simplesmente incorreta. Estes são dois problemas informacionais específicos relacionados às certidões de óbito, ambos os quais são fatores prováveis que levam à classificação errônea da morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira como não-materna, pelo Brasil. Em primeiro lugar, os médicos comumente deixam de registrar na certidão de óbito o fato de que a paciente estava grávida ou tinha recentemente parido, levando à classificação errônea de muitas mortes como não maternas. No caso da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, não há menção à gravidez na certidão de óbito. Em segundo lugar, os médicos no Brasil frequentemente deixam de relacionar a causa imediata ou final da morte à gravidez da paciente, levando a que muitas mortes sejam classificadas como não maternas. O Ministério da Saúde reconheceu as dificuldades de monitoramento da mortalidade materna quando médicos não relacionam as mortes à gravidez da paciente. Médicos frequentemente declaram a causa da morte como “complicação terminal”, ou usam outros termos médicos, como “hemorragia”, que não são especificamente ligados à gravidez. A gravidez da Sra. da Silva Pimentel Teixeira não é mencionada explicitamente em sua certidão de óbito, e a frase “hemorragia digestiva” não liga sua gravidez com a sua morte. De fato, esta declaração de causa de morte é incompleta e insuficiente de acordo com padrões médicos tanto internacionais quanto brasileiros. O processo de autópsia não cumpriu os padrões médicos básicos em relação à sua precisão e sua determinação da causa da morte. A descrição breve da causa da morte se compara rigorosamente aos problemas de relatório e informação que são comuns no Brasil levantando questões sobre sua confiabilidade. Ademais, há escassa informação sobre uma revisão subsequente destes documentos oficiais, o que poderia esclarecer a natureza da morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira.

5.17. Por fim, a autora afirma que, apesar da maioria dos estados no Brasil terem comitês de mortalidade materna, que são designados para investigar mortes maternas suspeitas, em nível estadual e municipal, não há um comitê desses na cidade de Belford Roxo, onde a Sra. da Silva Pimentel Teixeira vivia. Sua morte foi investigada por um comitê de fora, o Comitê de Mortalidade do sistema de saúde, o qual apenas examinou seus registros médicos e não conduziu nenhuma investigação adicional, mesmo que uma tal investigação seja exigida pelo Ministério da Saúde. Além disso, a dependência do Estado parte na decisão do Comitê de Mortalidade levanta preocupações, porque o Estado se recusou a submeter esta decisão ao Comitê CEDAW.

Questões e procedimentos do Comitê

Consideração de admissibilidade

6.1. De acordo com a regra 64 de suas normas procedimentais, o Comitê deve decidir se a comunicação é admissível ou inadmissível pelo Protocolo Opcional.

De acordo com a regra 72, parágrafo 4, de suas normas procedimentais, o Comitê deve fazer isto antes de considerar os méritos da comunicação.

6.2. Se por um lado o Comitê leva em consideração o argumento do Estado parte de que a ação civil da família da falecida ainda estava pendente e que um julgamento era esperado para julho de 2008, por outro lado o Comitê considera que o Estado não trouxe explicações adequadas e convincentes de algumas das questões levantadas pela autora, nomeadamente a demora em nomear um(a) perito(a) e a demora na instrução e no julgamento, que continua pendente até agora. O Comitê também observa a falta de uma explicação detalhada sobre o porquê dos dois pedidos de tutela antecipada apresentados em 11 de fevereiro de 2003 e 16 de setembro de 2003 foram rejeitados. O Comitê adota a opinião de que tais atrasos não podem ser atribuídos à complexidade do caso ou ao número de autores, e conclui que a demora de oito anos desde a propositura da ação, apesar da afirmação de que esta seria decidida em julho de 2008, constitui um atraso injustificadamente prolongado nos termos do artigo 4, parágrafo 1, do Protocolo Opcional.

6.3. O Comitê considera que as alegações da autora em relação às violações dos artigos 2 e 12 da Convenção foram suficientemente embasadas para o propósito de admissibilidade. Como todos os demais critérios de admissibilidade foram cumpridos, o Comitê declara a comunicação admissível e procede ao exame do mérito.

Considerações sobre o mérito

7.1. O Comitê considerou a presente comunicação à luz de toda a informação trazida pela autora e pelo Estado parte, conforme dispõe o artigo 7, parágrafo 1, do Protocolo Opcional.

7.2. A autora afirma que a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira constitui uma violação de seus direitos à vida e à saúde, nos termos dos artigos 2 e 12, em conjunção com o artigo 1, da Convenção, pois o Estado parte não garantiu o tratamento médico adequado à gravidez e não proveu cuidado obstétrico emergencial oportuno, portanto, infringindo o direito à não-discriminação baseada no gênero, raça, e condição socioeconômica. Para analisar estas alegações, o Comitê, em primeiro lugar, deve considerar se a morte foi “maternal”. Depois, deve considerar se as obrigações do artigo 12, parágrafo 2, da Convenção, de acordo com os quais os Estados parte devem garantir às mulheres serviços apropriados à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, foram cumpridas neste caso. Apenas após estas considerações, o Comitê pode analisar as outras alegações de violações à Convenção.

7.3. Apesar do Estado parte ter argumentado que a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira foi não-maternal e que a causa provável da sua morte foi hemorragia digestiva, o Comitê observa que a sequência de eventos descritos pela autora e não contestadas pelo Estado parte, bem como pelo parecer especializado trazido pela autora, indicam que sua morte foi de fato ligada a complicações

obstétricas, ligadas à gravidez. Suas reclamações de náusea severa e dor abdominal durante seu sexto mês de gravidez foram ignoradas pelo centro de saúde, o qual falhou em realizar exames urgentes de urina e sangue para verificar se o feto havia morrido. Os exames foram realizados dois dias depois, o que levou à deterioração da condição da Sra. da Silva Pimentel Teixeira. O Comitê relembra sua Recomendação Geral nº 24, na qual afirma que é dever dos Estados parte garantir às mulheres o direito à maternidade segura e serviços obstétricos emergenciais, além de alocar a estes serviços o máximo de recursos disponíveis possível²². Tal Recomendação Geral também afirma que as medidas para eliminar a discriminação contra as mulheres são consideradas inapropriadamente seguidas no caso de um sistema de saúde em que faltam serviços para prevenir, detectar e tratar doenças específicas das mulheres²³. À luz destas observações, o Comitê também rejeita o argumento do Estado parte de que a comunicação não demonstrava a ligação causal entre o gênero da Sra. da Silva Pimentel Teixeira e os possíveis erros médicos, mas a alegação demonstra que houve uma falta de acesso a cuidado médico relacionado a gravidez. O Comitê, portanto, adota a posição que a morte da Sra. da Silva Pimentel Teixeira deve ser considerada materna.

7.4. O Comitê também leva em conta a alegação da autora a respeito da baixa qualidade dos serviços de saúde providos à sua filha, o que não apenas incluiu a falha em realizar exames de sangue e de urina, mas também o fato de que a cirurgia de curetagem só foi realizada 14 horas após o parto ter sido induzido, para retirar a placenta e os resíduos que não haviam sido totalmente expelidos durante o parto, sendo que todas estas falhas podem ter causado a hemorragia e a morte. A cirurgia foi realizada no centro de saúde, o qual não era equipado adequadamente, e sua transferência ao hospital municipal levou oito horas, uma vez que o hospital se recusou a disponibilizar sua única ambulância para transportá-la, e sua família não conseguiu uma ambulância privada. O Comitê também observa que a transferência para o hospital municipal sem seu histórico clínico e médico não foi efetivo, pois ela foi deixada desatendida em uma área de improvisado no corredor do hospital por 21 horas até a sua morte. O Estado parte não negou que o serviço foi inapropriado, nem refutou nenhum destes fatos. Ao contrário, ele admitiu que a condição vulnerável da Sra. da Silva Pimentel Teixeira requeria tratamento médico individualizado, o que não ocorreu devido a uma potencial falha na assistência médica provida por uma instituição privada, sendo tal falha causada por negligência profissional, infraestrutura inadequada, e falta de preparo profissional. O Comitê, portanto, conclui que à Sra. da Silva Pimentel Teixeira não foram garantidos os serviços apropriados à sua gravidez.

7.5. O Estado parte argumentou que os elementos inapropriados do serviço não lhe são imputáveis, mas sim, imputáveis à instituição privada de saúde. Ele afirmou que as alegações revelaram diversas práticas médicas errôneas, atribuíveis à instituição privada, e que levaram a Sra. da Silva Pimentel Teixeira à morte. O Estado parte reconheceu que há deficiências no sistema utilizado para

²² Parágrafo 27.

²³ Parágrafo 11.

contratar os serviços privados e, por extensão, no sistema utilizado para inspeção e controle deste. O Comitê, por isso, observa que o Estado é diretamente responsável pela ação de instituições privadas quando terceiriza seus serviços médicos e, além disso, o Estado sempre mantém a obrigação de regular e monitorar as instituições privadas de saúde. De acordo com o artigo 2 (e) da Convenção, o Estado parte tem uma obrigação de devida diligência de tomar medidas para garantir que as atividades dos atores privados, em relação às políticas e práticas de saúde, são apropriadas. Neste caso em particular, a responsabilidade do Estado parte é fortemente ancorada na Constituição Brasileira (artigos 196 a 200), a qual afirma que o direito à saúde é um direito humano. O Comitê, portanto, conclui que o Estado falou em cumprir suas obrigações dispostas no artigo 12, parágrafo 2, da Convenção.

7.6. O Comitê observa que a autora afirma que a falta de acesso a cuidados médicos de qualidade durante o parto é um problema sistemático no Brasil, especialmente no que diz respeito ao modo com que os recursos humanos não administrados no sistema de saúde brasileiro. O Comitê também leva em conta o argumento do Estado parte que cuidado médico específico não foi negado por causa de uma falta de políticas públicas e medidas tomadas por ele, pois haveria diversas políticas existente para abordar as necessidades específicas das mulheres. O Comitê faz referência à sua Recomendação Geral nº 28 (2010) sobre as obrigações centrais dos Estados partes em respeito ao artigo 2 da Convenção, e aponta que as políticas do Estado parte devem ser orientadas a ações e resultados, além de adequadamente financiadas²⁴. Ademais, a política de saúde deve garantir que hajam órgãos executivos fortes e focados em implementar tal política. A falta de serviços de saúde materna apropriados no Estado parte, o qual claramente falha em garantir as específicas e distintas necessidades e interesses das mulheres, não apenas constitui uma violação do artigo 12, parágrafo 2, da Convenção, mas também significa uma discriminação contra as mulheres, de acordo com o artigo 12, parágrafo 1, e com o artigo 2, da Convenção. Ademais, a ausência de serviços de saúde materna apropriados tem um impacto diferenciado no direito à vida das mulheres.

7.7. O Comitê leva em consideração a alegação da autora que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira sofreu uma discriminação múltipla, sendo uma mulher negro, e com base em sua condição socioeconômica. Em respeito a isto, o Comitê relembra suas observações finais sobre o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007, onde observou a existência de discriminações de fato contra as mulheres, especialmente mulheres dos setores mais vulneráveis da sociedade, como mulheres de ascendência africana. Tais observações finais também observou que tais discriminações eram exacerbadas por disparidades regionais, econômicas e sociais. O Comitê também relembra sua Recomendação Geral nº 28 (2010) sobre as obrigações centrais dos Estados partes, em relação ao artigo 2 da Convenção, reconhecendo que a discriminação contra as mulheres baseadas no sexo e no gênero é indissociável de outros fatores que afetam as mulheres, como raça, etnia, religião ou crença, saúde, status, idade, classe, casta, e orientação sexual e

²⁴ Parágrafo 28.

identidade de gênero. O Comitê observa que o Estado parte não negou que a discriminação pode ter contribuído para a morte da filha da autora, apenas afirma que tal contribuição não foi decisiva. O Estado parte também reconheceu que a convergência ou associação de diferentes elementos descritos pela autora podem ter contribuído para a falha em prover o cuidado necessário e emergencial para a filha da autora, resultando na sua morte. Em tais circunstâncias, o Comitê conclui que a Sra. da Silva Pimentel Teixeira sofreu discriminação, não apenas com base em seu sexo, mas também em seu status de mulher com ascendência africana, e em sua condição socioeconômica.

7.8. Em relação à alegação da autora, com base nos artigos 12 e 2 (c) da Convenção, de que o Estado parte falhou em implementar um sistema que assegure proteção judicial efetiva e que provenha remédios judiciais adequados, o Comitê observa que não foi instaurado nenhum procedimento para estabelecer a responsabilidade dos responsáveis por prover cuidados médicos à Sra. da Silva Pimentel Teixeira. Ademais, a ação civil, que foi proposta em fevereiro de 2003 pela família da falecida, ainda está pendente, apesar da afirmação do Estado parte de que um julgamento seria emitido em julho de 2008. Além disso, os dois pedidos de tutela antecipada, um mecanismo judicial que poderia ter sido evitado para evitar atrasos injustificados na decisão judicial, foram negados. Em tais circunstâncias, o Comitê considera que o Estado parte falou em cumprir sua obrigação de garantir ação judicial e proteção efetivas.

7.9. O Comitê reconhece o dano moral causado à autora pela morte de sua filha, bem como o dano material e moral sofrido pela filha da falecida, que foi abandonada por seu pai e vive com a autora em condições precárias.

Recomendações

8. Agindo de acordo com o artigo 7, parágrafo 3, do Protocolo Opcional da CEDAW, e à luz das considerações acima, o Comitê adota a visão de que o Estado parte violou suas obrigações dispostas no artigo 12 (em relação ao acesso à saúde), no artigo 2 (c) (em relação ao acesso à justiça), e no artigo 2 (e) (em relação à obrigação de devida diligência do Estado parte de regular as atividades de provedores privados de saúde), em conjunção com o artigo 1 da Convenção, levando também em conta as Recomendações Gerais nº 24 e 28, e faz as seguintes recomendações ao Estado parte:

1. Em relação à autora e à família da Sra. da Silva Pimentel Teixeira:

Prover reparação adequada, incluindo compensação financeira adequada, à autora e à filha da Sra. da Silva Pimentel Teixeira, sendo tais compensações proporcionais à gravidade das violações contra ela;

2. Em geral:

(a) Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso de todas as mulheres ao cuidado obstétrico emergencial adequado, de acordo com a Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde;

(b) Prover treinamento profissional adequado para trabalhadores de saúde, especial em relação aos direitos reprodutivos de mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como cuidado obstétrico emergencial oportuno;

(c) Assegurar o acesso aos remédios efetivos em casos onde os direitos reprodutivos das mulheres foram violados e prover treinamento para o judiciário e operadores do direito;

(d) Garantir que as instituições privadas de saúde cumpram o padrões relevantes nacionais e internacionais de cuidado de saúde reprodutiva;

(e) Garantir que sanções adequadas sejam impostas a profissionais da saúde que violem os direitos à saúde reprodutiva das mulheres;

(f) Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, em níveis estadual e municipal, incluindo o estabelecimento de comitês de mortalidade materna onde estes ainda não existirem, de acordo com as recomendações presentes nas observações finais sobre o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007 (CEDAW/C/BRA/CO/6).

9. De acordo com o artigo 7, parágrafo 4, do Protocolo Opcional, o Estado parte deve dar a devida consideração às conclusões do Comitê, junto com suas recomendações, e devem submeter ao Comitê, em até seis meses, uma resposta escrita, incluindo qualquer informação ou qualquer ação tomada à luz das observações e recomendações do Comitê. Também se requer que o Estado parte publique as conclusões e recomendações do Comitê e que as traduzam para o português e outras línguas regionais reconhecidas, conforme apropriado, e que sejam tais conclusões e recomendações amplamente distribuídas para alcançar todos os setores relevantes da sociedade.