

Parecer sobre as Obrigações dos Direitos Humanos Internacionais a respeito de Saúde Sexual e Reprodutiva durante a Emergência da Epidemia de Zika para o Supremo Tribunal Federal do Brasil

Por

Rebecca J. Cook, C.M., J.D., J.S.D., F.R.S.C.

Professora Emérita de Direito, Professora Honorária e Co-Diretora
em Direitos Humanos Internacionais, Programa de Direito em Saúde Sexual

Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina, e Centro Conjunto de Bioética, Universidade de
Toronto

20 de maio de 2016

Introdução

Este parecer explica as obrigações dos Estados sob tratados internacionais e regionais de direitos humanos para direcionar os aspectos específicos de saúde sexual e reprodutiva que têm sido severamente afetados pela emergência de epidemia de Zika. Sua produção me foi solicitada pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (Anadep) para fins da ação a ser proposta perante o Supremo Tribunal Federal do Brasil requisitando direitos individuais de acesso a a) informação sobre como melhor proteger a saúde sexual e reprodutiva do indivíduo, em particular dados os danos, riscos e incertezas sobre a infecção pelo vírus Zika; b) serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes, principalmente aqueles que são relevantes à prevenção e tratamento da infecção pelo vírus Zika; c) aborto legal para mulheres grávidas diagnosticadas com a infecção do vírus Zika e sofrendo de estresse mental causado pela ciência dos danos, riscos e incertezas da infecção; d) à assistência médica a crianças afetadas pela síndrome do Zika; e e) por assistência social a famílias afetadas pela síndrome do Zika.

1. A epidemia de Zika constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define emergências de saúde como “início repentino de eventos tanto causados pela natureza quanto por perigos causados por ação humana, ou situações gradualmente deteriorantes em função das quais o risco à saúde pública cresça constantemente ao longo do tempo”¹. No dia 1º de fevereiro de 2016, a OMS declarou que os aglomerados de microcefalia e outros distúrbios neurológicos associados ao vírus Zika são uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII)². O Comitê de Regulamento Sanitário Internacional recomenda declarações de ESPII quando as situações de saúde constituem um risco à saúde para outros países em função de alcance internacional, exigem uma resposta coordenada e tenham implicações além do país afetado que necessite de ação imediata³. A ESPII do vírus Zika é apenas a quarta designação deste tipo já feita pela OMS, que emitiu uma diretriz interina para gerenciamento de gravidez durante a emergência do Zika⁴.

Sabe-se que as infecções pelo Zika vírus são transmitidas por mosquitos e também de outras formas, inclusive transmissão vertical – de mãe para filho – durante a gravidez e próximo ao nascimento, sexualmente através do sêmen, e possivelmente por meio de transfusão de sangue⁵ e leite materno⁶. Descobertas científicas estabeleceram que “existe uma relação casual entre a

infecção pelo vírus Zika e a microcefalia e outras anomalias cerebrais graves” em fetos e recém-nascidos⁷. Essas mesmas descobertas destacam que “muitas questões críticas aos esforços de prevenção permanecem sem resposta, inclusive o espectro de defeitos causados por uma infecção pré-natal pelo vírus Zika, o grau de riscos relativos e absolutos de resultados adversos dentre fetos cujas mães foram infectadas durante diferentes momentos da gravidez, e fatores que podem afetar o risco de uma mulher de ter uma gravidez adversa e consequências no nascimento”⁸.

2. Quais são as obrigações de um Estado sob leis internacionais de direitos humanos no evento de uma emergência de saúde pública de importância internacional?

As Nações Unidas (ONU) e órgãos regionais de direitos humanos que monitoram a conformidade do Estado com tratados internacionais e regionais de direitos humanos reconhecem que os Estados têm obrigações para atenuar o impacto de emergências de saúde pública em seus países e para reduzir os riscos e efeitos nocivos de sua proliferação. Por exemplo, sob o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CEDESC) explica que o direito à saúde “inclui a criação de um sistema de assistência médica urgente em casos de ... epidemia...”⁹. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos exige que os Estados ajam expeditamente em emergências para evitar possíveis danos irreparáveis de supostas violações¹⁰ quando ela garante medidas provisórias¹¹. Os Estados também têm a obrigação de não tomar medidas regressivas durante uma emergência de saúde pública. Se o fizerem, têm que provar sua necessidade.¹² Em tempos de emergência pública “que ameace a vida das nações”, aos Estados é permitido derrogar suas obrigações para proteger certos direitos limitados¹³. Entretanto, na ausência de proclamações oficiais do Estado durante uma emergência de Zika, não é permitido derrogação.

3. Como são determinadas as obrigações sob leis internacionais e regionais de direitos humanos?

As obrigações sob leis internacionais e regionais de direitos humanos são determinadas pelo trabalho dos órgãos de direitos humanos estabelecidos em tratados internacionais, incluindo o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CEDESC)¹⁴, a Comissão de Direitos Humanos (CDH)¹⁵, o Comitê contra a Tortura (CCT)¹⁶, o Comitê sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)¹⁷, o Comitê dos Direitos da Criança (CDC)¹⁸, o Comitê para a Eliminação da Discriminação Racial (CERD)¹⁹, e o Comitê sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência (CDPD)²⁰. Elas também são determinadas pelo trabalho de Relatores Especiais da ONU, do Conselho de Direitos Humanos da ONU, da jurisprudência da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos²¹ e, por exemplo, da Corte Europeia de Direitos Humanos (CEDH)²². Ao longo desse relatório, o termo “órgãos de direitos humanos” se faz apropriado para se referir a todos esses comitês, cortes e relatorias.

O trabalho normativo desses órgãos inclui: suas decisões sobre reclamações individuais e procedimentos de inquérito, seus Comentários Gerais relevantes, suas Observações Conclusivas sobre relatórios dos Estados e os relatórios dos relatores especiais. Todo esse trabalho constitui fontes de Direito Internacional de Direitos Humanos, e algumas delas são mais firmes e desenvolvidas que outras. A natureza evolutiva dessas normas é frequentemente mencionada como

o enrijecimento das normas de direitos humanos. Esses órgãos muitas vezes produzem importantes documentos internacionais de consenso, como o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (conhecido como Programa de Ação CIPD)²³ e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável²⁴.

Os órgãos de direitos humanos reconhecem a natureza subsidiária do direito internacional de direitos humanos e o fato de que os Estados detêm o conhecimento particular necessário para determinar o que é mais efetivo em seus próprios países. Como resultado disso, eles permitem que os Estados determinem que medidas são mais efetivas, e apenas verificam se as medidas adotadas são razoáveis²⁵ ou apropriadas²⁶. As decisões tomadas por cortes nacionais interpretando os tratados internacionais e regionais sobre direitos humanos e disposições similares de suas próprias constituições normalmente tem autoridade persuasiva diante dos órgãos de direitos humanos.

4. O que é saúde sexual e reprodutiva e quais são os direitos relevantes a sua proteção?

4.1 O que é saúde sexual e reprodutiva?

As definições sobre saúde sexual e reprodutiva tem sido elaboradas por meio da OMS e de documentos internacionais de consenso, à medida que acordos têm evoluído no último quarto de século. Elas são reforçadas no Comentário Geral 22 do CEDESC: “Saúde sexual, como definida pela OMS, é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade”.²⁷

A saúde reprodutiva foi primeiramente descrita no Programa de Ação CIPD de 1994²⁸. “Diz respeito à capacidade de reprodução e liberdade para tomar decisões livres, responsáveis e fundamentadas. Isso também inclui acesso a uma gama de informações sobre saúde reprodutiva, bens, locais e serviços que permitam que os indivíduos possam tomar decisões fundamentadas, livres e responsáveis sobre seu comportamento reprodutivo”²⁹. Significante para os Estados enfrentando a epidemia de vírus Zika, a definição de saúde reprodutiva inclui “serviços de assistência médica apropriados que permitam às mulheres ter uma gravidez e parto seguros e fornecer aos casais as melhores chances de ter uma criança saudável”.³⁰

O direito à saúde sexual e reprodutiva é “uma parte integral do direito à saúde consagrado no Artigo 12” do PIDESC³¹. Como o Comentário Geral 22 explica³², a saúde sexual e reprodutiva é também protegida por outras convenções internacionais de direitos humanos, como a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (a Convenção das Mulheres)³³, a Convenção dos Direitos da Criança (a Convenção da Criança)³⁴ e a Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência (a Convenção das Deficiências)³⁵.

Apesar dessas proteções, o PIDESC notou que graves violações ao direito à saúde reprodutiva persistem devido às “inúmeras barreiras sociais, práticas, legais e processuais, ao acesso da população a toda a gama de instalações, serviços, produtos e informações [são negadas] de saúde sexual e reprodutiva... De fato, o total usufruto do direito à saúde sexual e reprodutiva permanece como uma meta distante para milhões de pessoas, principalmente para mulheres e meninas”.³⁶

Essa meta é ainda mais distante para mulheres e meninas pobres porque epidemias “afetam primeiramente os pobres e desamparados (...). Desnutrição, água suja, condições precárias de moradia, baixo nível escolar, falta de saneamento básico e higiene, e falta de prestação decente de assistência médica – tudo isso aumenta as chances de que aqueles que sofrem com a pobreza também sofrerão com uma doença infecciosa (...). Morar e trabalhar em locais lotados facilita a disseminação da doença de pessoa para pessoa. Quem tem baixo nível de escolaridade podem falhar

em tomar medidas de prevenção suficientes para evitar a doença. Além disso, comunidades pobres costumam ter ausência de recursos adequados para melhorar o saneamento³⁷. Como as dimensões de gênero da epidemia do Zika vírus estão emergindo, pode-se dizer que mulheres pobres, especialmente as que vivem em área rural, sofrerão as piores consequências. Por exemplo, elas vivem em locais abarrotados e não estão empoderadas a negociar por sexo seguro, além de não contar com recursos para tomar medidas preventivas e acesso aos sistemas de assistência médica e medicamentos essenciais.

4.2 Quais direitos são relevantes à proteção da saúde sexual e reprodutiva?

Enquanto os órgãos de direitos humanos ainda não se manifestaram sobre as obrigações de direitos humanos durante a emergência do Zika, esse parecer foca-se nas seguintes categorias de direitos como particularmente importantes à proteção da saúde sexual e reprodutiva durante a epidemia:

- direitos referentes à proteção especial e assistência para: mulheres grávidas antes, durante e após o parto, seus filhos com necessidades especiais e suas famílias;
- direito à saúde, direito ao acesso igualitário à assistência médica;
- direito à aplicação igualitária da lei;
- direito das mulheres de serem livres de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; e
- direitos relativos ao acesso das mulheres à justiça por violação de seus direitos.

Esses não são os únicos direitos relevantes, pois o usufruto da saúde sexual e reprodutiva é interdependente de outros direitos, como o direito à educação, o direito à não-discriminação e à igualdade entre homens e mulheres e o direito à vida privada e familiar.³⁸

O CEDESC explica que, assim como o direito à saúde de modo mais geral, o “direito à saúde sexual e reprodutiva acarreta em uma série de liberdades e legitimidades. As liberdades incluem o direito a tomar decisões e fazer escolhas livres e responsáveis, livres de violência, coerção e discriminação, em assuntos referentes ao corpo de cada um e à saúde sexual e reprodutiva. As legitimidades incluem acesso ilimitado a toda a variedade de instalações, bens, serviços e informações sobre saúde, o que garante a todas as pessoas o total usufruto do direito à saúde sexual e reprodutiva sob o artigo 12 do Pacto³⁹. Assim, “legitimidades incluem o direito a um sistema de proteção à saúde que provê igualdade de oportunidade para que as pessoas usufruam do mais alto nível atingível de saúde⁴⁰”.

5. Quais medidas de proteção podem ser consideradas razoáveis ou apropriadas para proteger a saúde sexual e reprodutiva durante a emergência da epidemia de Zika?

Baseados no trabalho dos órgãos de direitos humanos até o presente momento, esses órgãos considerariam as seguintes cinco categorias de medidas razoáveis ou apropriadas para proteger a saúde sexual e reprodutiva durante a emergência de saúde pública da epidemia de Zika:

Medida Nº 5.1: Fornecer proteção especial às mulheres infectadas antes, durante e após o nascimento da criança.

O direito internacional de direitos humanos determina que é necessário providenciar proteção especial “a mães durante um período considerável antes e após o nascimento de seus filhos”⁴¹. Os órgãos de direitos humanos têm constantemente reconhecido que mulheres grávidas ou que tenham dado à luz recentemente estão frequentemente em situações de alta vulnerabilidade e conseqüentemente necessitam de maior proteção. Analisando supostas violações aos direitos humanos, a CEDH reconheceu a gravidez e o nascimento como condições de vulnerabilidade⁴². Encontrando uma violação do direito de uma menor de idade grávida “a tais medidas de proteção como exigidas por [seu] status de criança”, o CDH reconheceu a vulnerabilidade de uma adolescente grávida porque “ela não recebeu, durante e após a gravidez, o apoio médico e psicológico necessário nas circunstâncias específicas de seu caso”.⁴³ O CCT tem requisitado aos Estados que tomem medidas específicas e direcionadas para proteger os direitos das mulheres durante a gravidez.⁴⁴

O *Guia interino da OMS sobre a gestão da gravidez no contexto do Zika vírus* reconhece que “mulheres que querem seguir com sua gravidez devem receber assistência apropriada e apoio para administrar ansiedade, estresse e o ambiente de nascimento... [e que] todas as mulheres, independentemente de suas escolhas individuais a respeito de suas gestações, devem ser tratadas com respeito e dignidade”.⁴⁵

Baseado no que foi supracitado, os comitês de direitos humanos podem concluir razoavelmente que os Estados devem fornecer tais medidas de proteção especial a mulheres grávidas que estão expostas ao vírus Zika ou infectadas por ele, por meio de informações precisas, abrangentes e imparciais referentes ao efeito da síndrome congênita associada ao vírus Zika sobre:

- i. suas gestações, como o possível risco aumentado de aborto espontâneo e cuidado e apoio na administração de ansiedade, estresse e ambiente de nascimento;
- ii. riscos ao desenvolvimento do feto e suas conseqüências, como possíveis deficiências, inclusive microcefalia, perigos à saúde e nados-mortos.
- iii. O que criar uma criança afetada pode acarretar, e a demanda e disponibilidade de suporte necessário à criação de uma criança com deficiência, como apoio educacional, de saúde, financeiro, social, entre outros.
- iv. serviços sociais para mulheres grávidas infectadas pelo vírus Zika e para mulheres que deram à luz a crianças com deficiências causadas por essa infecção.

Além disso, os comitês de direitos humanos também concluiriam que os Estados devem prover assistência médica materna de boa qualidade, inclusive o diagnóstico precoce e assistência pré e pós-natal, que seja adequada aos riscos específicos à saúde e necessidades associadas ao vírus Zika, com o entendimento de que triagem pré-natal, exames ultrassom e outros testes diagnósticos devem ser feitos com o consentimento da mulher grávida.

Medida nº 5.2: Fornecer assistência e atender às necessidades especiais das crianças, incluindo crianças com deficiências e suas famílias.

Os órgãos de direitos humanos têm repetidamente reconhecido que crianças, especialmente aquelas com deficiências, são vulneráveis e portanto necessitam de maior proteção⁴⁶. A respeito de

maior proteção para crianças com deficiências, o CDC recomenda que os Estados “garantam o acesso à assistência médica e a medidas de suporte para todas as crianças com deficiências”⁴⁷, mas reconhece “as dificuldades em obter os exames médicos para crianças com deficiência, que são comumente um pré-requisito para o acesso à assistência médica ou medidas de suporte”⁴⁸. Como consequência, o CDC recomenda que “se facilite a obtenção de exames médicos” para crianças com deficiências.⁴⁹

A fim de combater o isolamento de crianças com deficiências, principalmente em áreas rurais, o CDC obriga os Estados a combater a estigmatização de tais crianças e preconceito contra elas e suas famílias.⁵⁰ O CDC recomenda sistemas de apoio social mais abrangentes para complementar a assistência financeira para famílias de crianças com deficiências, a fim de evitar e reduzir a institucionalização de crianças⁵¹. O CDC estimula os Estados a desenvolver “um Plano de Ação específico que forneça assistência médica, educação ampla e proteção a crianças e adolescentes com deficiências”.⁵² O CDC também encoraja os Estados a disponibilizarem “dados confiáveis, de qualidade e dissociáveis sobre o grau e as causas da deficiência”.⁵³

O CDPD fez recomendações similares para crianças com deficiências, sugerindo que os Estados “destinem recursos suficientes” ao desenvolvimento de “programas de reabilitação em comunidade para crianças com deficiências” para aumentar condições de levarem vidas dignas⁵⁴. O CDPD destaca a necessidade de que recursos profissionais e financeiros sejam disponibilizados de forma geograficamente acessível, especialmente a nível local para apoiar crianças com deficiências e suas famílias.⁵⁵ O órgão estimula os Estados a “elaborarem programas de saúde abrangentes, especificamente direcionados a pessoas com deficiências, e assegurar que elas tenham acesso a reabilitação e serviços médicos”.⁵⁶ O CDPD recomenda que os Estados destinem recursos para garantir que serviços de saúde gerais sejam acessíveis a pessoas com deficiências.⁵⁷

À luz do que precede, os órgãos de direitos humanos concluiriam que os direitos de crianças com deficiências associadas à síndrome do Zika, incluindo microcefalia, exigem que os Estados forneçam medidas de proteção apropriadas, inclusive acesso imediato à assistência médica e social⁵⁸. Considerando os deveres do Estado de proteger a família⁵⁹, os órgãos de direitos humanos poderiam também concluir que é necessário providenciar assistência social a todas as famílias com crianças afetadas pela síndrome do Zika.

Medida nº 5.3: Criar um ambiente legal propício para o provimento de serviços de saúde sexual e reprodutiva.

O objetivo primordial dos profissionais de saúde é a prestação de serviços de saúde que assegurem resultados saudáveis a pacientes. Eles podem abranger seu objetivo por meio de uma melhor compreensão sobre como os princípios dos direitos humanos podem auxiliar no provimento de serviços de saúde sexual e reprodutiva, especialmente pela forma esses princípios podem ser utilizados para reparar o efeito repressivo do direito penal. O CEDESC reconheceu esse efeito ao exigir que os Estados lidem com os determinantes sociais da saúde sexual e reprodutiva, “como manifestados em leis, acordos institucionais, e práticas sociais que impedem indivíduos de efetivamente usufruir de sua saúde sexual e reprodutiva”⁶⁰. Esta Corte pode ajudar os profissionais de saúde a avançar mais efetivamente em seus objetivos, articulando como os princípios dos direitos humanos são relevantes para a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, e explicando como tais princípios podem ser aplicados em circunstâncias específicas da epidemia do

Zika. Reconhecendo a natureza evolutiva da epidemia, os seguintes pontos são apenas sugestões de que medidas podem ser razoáveis sob os padrões do direito internacional dos direitos humanos.

5.3.1. Articular princípios relevantes dos direitos humanos

Explicar como direitos humanos são relevantes para a saúde sexual e reprodutiva durante a epidemia do Zika é importante porque em situações emergenciais o respeito aos direitos humanos tende a ser negligenciado. Além disso, é útil lembrar aos profissionais da saúde como os direitos humanos podem ser interpretados a fim de facilitar a disponibilização e o acesso aos serviços. Baseada na lista de direitos humanos mencionados no item 4.2 acima, essa sessão foca-se nos direitos ao acesso igualitário aos serviços, direito à saúde e a aplicação igualitária da lei.

A obrigação de garantir acesso igualitário aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é baseada no direito de ser livre de todas as formas de discriminação, o que é fundamental no direito internacional de direitos humanos e na maioria das constituições nacionais. O CEDAW notou que onde os Estados ignoram, negligenciam ou falham em prestar a assistência médica de que as mulheres precisam, como assistência obstétrica emergencial⁶¹ e aborto legal⁶², essa falha constitui discriminação contra a mulher, pois apenas as mulheres necessitam de tais serviços de saúde. O CEDAW continuamente chama os Estados a “abolir “todas as disposições penais que configurem discriminação contra mulheres”.”⁶³

O não fornecimento de contraceptivos também é uma forma de discriminação contra a mulher porque sua negação impacta desproporcionalmente a mulheres e sua saúde⁶⁴, o que é especialmente o caso durante a epidemia de Zika. No Chile, a Corte Constitucional consultou a Convenção das Mulheres para estabelecer que planos de saúde impondo taxas mais altas para mulheres que para homens sobrecarregam mulheres desproporcionalmente e dessa forma, violam seu direito a acesso igualitário aos serviços de saúde⁶⁵. Essa decisão é consistente com a decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos de que a negação da fertilização in vitro é discriminação sexual porque a infertilidade afeta mulheres desproporcionalmente.⁶⁶

Onde um Estado nega sistematicamente a disponibilidade pública de uma gama completa de métodos modernos de contracepção e informação, o CEDAW o responsabilizou por violações graves e sistemáticas de direitos reprodutivos⁶⁷. Igualdade substantiva requer que os Estados cuidem das verdadeiras necessidades das mulheres que estão expostas à infecção do Zika vírus enquanto estiverem suscetíveis a se tornar ou estiverem grávidas, e revejam leis e políticas pré-existentes que limitam seu real acesso à assistência médica sexual e reprodutiva durante a emergência de uma epidemia⁶⁸. De modo similar, igualdade substantiva requer uma análise de como a falha pré-existente na distribuição de camisinhas masculinas impede que os homens possam fazer sua parte para reter a disseminação do vírus Zika, considerando-se o potencial de disseminação do vírus através do sêmen de homens infectados.⁶⁹

Inúmeros órgãos das Nações Unidas e órgãos regionais de direitos humanos perceberam o risco aumentado de violação aos direitos humanos no contexto de assistência médica reprodutiva, baseado em sexo e gênero cruzando-se e combinando-se com outros fatores, inclusive o estado de gravidez das mulheres⁷⁰. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos notou que “mulheres que foram historicamente marginalizadas por causa de sua raça, etnia, status econômico ou idade são aquelas que enfrentam as maiores barreiras para ter acesso à informação sobre saúde, e essas barreiras se tornam ainda maiores quando a informação tem relação com saúde sexual e

reprodutiva”⁷¹. Interpretando o direito à saúde de forma consistente com a obrigação dos Estados de garantir os direitos do Pacto “sem discriminação de qualquer tipo”, o CEDESC exige a prestação igualitária de serviços de saúde sexual e reprodutiva para homens e mulheres, serviços de aborto legal para mulheres que o desejarem, independentemente de sua idade, de seu status socioeconômico, racial e, por exemplo, geográfico (incluindo rural)⁷². Durante a epidemia de Zika, seria especialmente importante enfatizar a gravidez como critério proibido de discriminação. Tal entendimento baseia-se nas Observações Conclusivas do CEDESC nos relatórios periódicos dos Estados explicando o que eles fizeram, ou não fizeram ainda, para que suas leis, políticas e práticas estejam em conformidade com o PIDESC⁷³.

Para assegurar o total exercício do direito à saúde sexual e reprodutiva, o CEDESC exige que os Estados garantam a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva e informações sobre tal⁷⁴. Os Estados são, então, requeridos a disponibilizar “um número adequado de instalações, serviços e programas de assistência médica em funcionamento”⁷⁵, inclusive pessoal qualificado, uma ampla variedade de métodos contraceptivos, incluindo contracepção emergencial e de longa duração, e os mais modernos métodos de aborto médico e cirúrgico⁷⁶. No caso da epidemia de Zika, abastecimento abundante de repelentes contra insetos, principalmente repelentes que são seguros para mulheres grávidas. Tais produtos devem ser acessíveis a todos os indivíduos sem discriminação e livre de barreiras, incluindo barreiras ideológicas, de gênero ou jurídicas⁷⁷. Acessibilidade inclui acessibilidade física, geográfica (inclusive rural), financeira, e acessibilidade à informação consistente com as necessidades do indivíduo e da comunidade⁷⁸. Aceitabilidade requer serviços que sejam respeitosos com as culturas e ciclos de vida dos indivíduos⁷⁹. Qualidade requer produtos e serviços que sejam “baseados em evidências e científica e medicamento apropriados e atualizados”.⁸⁰

Aplicação igualitária da lei é um princípio fundamental do direito internacional de direitos humanos⁸¹. A obrigação de garantir aplicação igualitária da lei se aplica a todas as leis, inclusive àquelas que regulam a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Porém, tais leis tendem a ser aplicadas de maneira desigual, de acordo com interpretações subjetivas de administradores dos hospitais, diretores de clínicas e/ou médicos, situação pelo qual os Estados têm sido responsabilizados pelo direito internacional⁸² e regional⁸³ dos direitos humanos. Ademais, interpretações subjetivas são frequentemente refletidas em regras informais que podem debilitar a lei formal⁸⁴. No Canadá, onde as exceções à proibição criminal do aborto foram aplicadas desigualmente devido a inúmeros obstáculos burocráticos, sua Suprema Corte considerou a desigualdade uma violação ao direito das mulheres à segurança da pessoa.⁸⁵

5.3.2 Aplicar os princípios de direitos humanos para facilitar a prestação de informações e serviços

Para direcionar como esse Tribunal pode aplicar os princípios dos direitos humanos para facilitar a prestação legal de informações e serviços relacionados à saúde sobre o aborto, é importante entender o contexto da saúde pública sobre leis de aborto. O guia *Abortamento Seguro da Organização Mundial de Saúde: Guia Técnico e Político para Sistemas de Saúde* explica que:

Restrições legais sobre o aborto não resultam em menos abortos nem em significantes aumentos na taxa de natalidade. Em contrapartida, leis e políticas que facilitam o acesso a um aborto seguro não aumentam a taxa ou número de abortos. Mudar o princípio [reformular e esclarecer leis] é transformar procedimentos anteriormente clandestinos e inseguros em procedimentos legais e seguros. Restringir o acesso legal ao aborto não reduz a necessidade

de aborto, mas tende a aumentar o número de mulheres procurando abortos ilegais e inseguros, levando a um aumento na morbidade e mortalidade. Restrições legais também levam muitas mulheres a buscar serviços em outros países/Estados, o que tem alto custo, gera atrasos no acesso e cria inequidades sociais.⁸⁶

Dado esse contexto de saúde, essa sessão diz respeito a como os Estados têm sido obrigados pelos órgãos de direitos humanos ou voluntariamente escolheram reduzir os efeitos nocivos das leis penais restritivas ao aborto. Esses exemplos incluem (mas não são limitados a eles):

1. Direcionamento jurídico sobre o perigo à vida das mulheres
2. Orientação sobre leis e políticas públicas
3. Programas de redução de danos

5.3.2.1 Direcionamento jurídico sobre o perigo à vida das mulheres

Para que essa Corte determine como melhor prestar direcionamento jurídico sobre o que as exceções específicas da proibição criminal ao aborto significam na prática, é útil compreender as causas evitáveis de mortalidade e morbidade materna. A morte materna é definida como “a morte de uma mulher grávida ou em até 42 dias do término de sua gravidez, independente da duração ou local da gravidez, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou sua gestão, mas não de causas acidentais ou incidentais.”⁸⁷

Mundialmente, as causas diretas para a mortalidade materna, incluindo hemorragia, hipertensão, infecção, aborto inseguro e embolia, provocam aproximadamente 73% das mortes maternas (listado em ordem de prioridade)⁸⁸. Já as causas indiretas de morte, incluindo HIV/AIDS⁸⁹ e condições médicas pré-existentes (como malária)⁹⁰ que complicam e são agravadas pela gravidez, contribuem com os 27%⁹¹ restantes. No Brasil, em 2010, a desagregação percentual de causas diretas e indiretas diferem de alguma forma das estimativas globais, com hipertensão, infecção, hemorragia e aborto inseguro listados em ordem decrescente como as principais causas⁹². A taxa de mortalidade materna estimada (o número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) no Brasil em 2010 caiu para 56, de 120 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1990⁹³. Contudo, desigualdades de saúde existem: mulheres negras têm sete vezes mais chances de morrer no parto do que mulheres brasileiras brancas.⁹⁴

A fim de reduzir a morte materna ainda mais, principalmente durante uma emergência de saúde pública da epidemia do Zika, essa Corte pode ajudar esclarecendo o significado da preservação da vida de uma mulher grávida como uma indicação de aborto lícito. Estados que não conseguem esclarecer o significado do perigo à vida relacionado à gravidez têm sido responsabilizados internacionalmente. Como a Irlanda falhou em esclarecer o significado de um risco “real e substancial” à vida da mulher⁹⁵, foi responsabilizada por violação dos Direitos Humanos da Convenção Europeia em *A, B e C vs. Irlanda*⁹⁶. *C* alegou que os critérios para qualificar uma mulher como sob “risco real e substancial” à vida não eram suficientemente precisos sob a lei irlandesa, o que “contribuiu com a falta de certeza para uma mulher buscar um aborto lícito”⁹⁷. A CEDH condenou a Irlanda e foi enfática em afirmar que quaisquer direitos garantidos devem ser mais que teóricos. Os direitos devem ter efeito prático pela força da lei, de modo que a Corte considerou que:

Não há enquadramento legal pelo qual qualquer diferença de opinião entre a mulher e seu médico ou entre diferentes médicos consultados, ou pelo qual uma hesitação compreensível

por parte da mulher ou do médico, possam ser examinadas e resolvidas por meio de uma decisão que estabelecesse como questão jurídica se um caso particular apresentou ou não um risco à vida de uma mulher capaz de autorizar um aborto legal.⁹⁸

A Corte condenou a falha do governo irlandês para direcionar o que significava a frase “real e substancial”, que “resultou em discrepância entre o direito, em tese, de aborto legal na Irlanda em razão de risco relevante à vida da mulher e a realidade de sua implementação prática”⁹⁹. Assim, a CEDH considerou que o Estado violou o direito de C à vida privada. De acordo com essa decisão, a Irlanda promulgou o Ato 2013 de Proteção à Vida Durante a Gravidez, seguido por diretrizes elaboradas por profissionais da saúde¹⁰⁰. O Ato e suas diretrizes anexas foram criticados por estabelecer procedimentos onerosos que fazem pouco para permitir que os médicos exerçam seu melhor julgamento clínico para salvar as vidas das mulheres consistentemente com os padrões de direitos humanos.¹⁰¹

Para obedecer aos padrões de direitos humanos, direcionamento jurídico se faz necessário sobre como vários fatores de risco, inclusive riscos clínicos, sociais e de saúde pública são considerados na avaliação geral da proteção da vida de uma mulher.

A respeito de riscos clínicos à vida, os Estados produziram importantes diretrizes para a administração de gravidez de alto risco para ajudar prestadores de assistência médica a garantir gestações e nascimentos saudáveis¹⁰². Tais diretrizes direcionam os melhores padrões de assistência médica quando mulheres grávidas sofrem de condições tais como hipertensão ou podem correr risco de hemorragia, e orientam, por exemplo, como melhor tratar co-infecções em mulheres grávidas, como malária e HIV/AIDS, que comumente colocam suas gestações em maior risco. Não está claro se e como esse guia pode ser usado como uma fonte oficial para determinar ameaças à vida da mulher que autorize um aborto legal. Seria importante que essa Corte esclarecesse os critérios que satisfazem a indicação a um aborto legal nessas circunstâncias.

O guia *Abortamento Seguro da Organização Mundial de Saúde* explica que “alguns países fornecem listas detalhadas do que consideram condições médicas que ameaçam vidas”. Tais listas geralmente são feitas para ilustrar os tipos de condições consideradas uma ameaça à vida¹⁰³. Entretanto, elas são frequentemente interpretadas de forma exaustiva quanto às condições de ameaça à vida, excluindo assim uma avaliação clínica de um médico sobre os fatores de risco que podem ameaçar a vida de uma mulher específica. Há debates sobre o quão iminente esse risco deve ser, com alguns explicando que esperar o risco se tornar iminente ou imediato impede as mulheres de interromperem a gravidez mais cedo, o que seria melhor para sua saúde¹⁰⁴. Para condições médicas que normalmente apresentam risco a longo prazo de pacientes seriamente lesadas, tratamento imediato é considerado preferível à assistência tardia.

Casos trágicos persistem: uma mulher no Brasil não conseguiu obter autorização judicial quando solicitou um aborto por conta de uma gravidez de risco e morreu no parto¹⁰⁵. Um relatório sobre outro caso, onde uma mulher na Irlanda morreu devido a uma gravidez de risco, deixou claro que uma prática clínica padrão teria a levado a uma interrupção antecipada da gravidez, se a lei local sobre isenção de responsabilidade criminal para salvar sua vida tivesse sido mais clara¹⁰⁶. O mesmo relatório destacou os desafios na prática clínica para diferenciar o risco à vida e o risco à saúde¹⁰⁷. Algumas situações que são consideradas ameaçadoras apenas à saúde resultam em morte.

Além dos riscos clínicos à vida, existe um amplo consenso de que há significativos riscos de saúde pública à vida onde o aborto seguro não é extensamente disponível¹⁰⁸. Os Estados sabem que pelo menos 10% dos abortos resultarão em morte materna nos Estados com leis altamente

restritivas sobre o aborto¹⁰⁹. Os Estados também sabem que o risco de saúde pública de aborto inseguro é maior em subgrupos de mulheres que são pobres ou marginalizadas.¹¹⁰

Riscos sociais à vida devem ser determinados de acordo com as reais circunstâncias sociais e familiares de uma mulher específica, implicando determinantes sociais e adjacentes à saúde¹¹¹. O guia *Abortamento Seguro da Organização Mundial de Saúde* explica que os riscos sociais à vida incluem uma gravidez que implica em “honra” familiar, onde uma gravidez fora do casamento pode resultar em que a mulher seja sujeitada à violência física, ou até mesmo assassinada¹¹². Os riscos sociais podem ser maiores quando o feto está suscetível a nascer ou tornar-se uma criança com sérias deficiências, expondo a família ao desamparo social em comunidades que não valorizam todos os seres humanos igualmente.

5.3.2.2 Orientação jurídica e política

Além de orientação clínica, também é necessária uma orientação legal e política. O guia interino da OMS *Gestão da Gravidez no contexto do Zika vírus* explica que “mulheres que optam por descontinuar suas gestações devem receber informações precisas sobre suas opções em toda a extensão da lei, incluindo onde a assistência desejada não está prontamente disponível”¹¹³. Sem clareza sobre o que significa “em toda a extensão da lei”, há uma real relutância dentre prestadores de assistência médica em fornecer os serviços necessários, e mulheres em procurá-los, porque temem um procedimento penal e penalidades incluindo detenção prolongada. Ademais, existe um grande risco de aplicação desigual da lei onde a execução da lei é desigual ou arbitrária.

Estados têm produzido importantes guias clínicos para informar médicos sobre a assistência clínica apropriada para aqueles que estão ou podem estar infectados pelo vírus Zika¹¹⁴. Essas diretrizes são um passo importante para assegurar que os médicos tratem seus pacientes de acordo com as informações científicas mais atuais. Eles reconhecem, assim como as diretrizes da OMS, que o guia é continuamente atualizado à medida em que as informações se tornam progressivamente disponíveis.

Essas diretrizes são necessárias, mas não são necessariamente suficientes, principalmente no contexto dos perigos do vírus Zika a mulheres grávidas e seus recém-nascidos. Tais diretrizes não são suficientes onde não conseguem direcionar como os serviços podem ser prestados “em toda a extensão da lei”, e o que precisa ser feito para garantir a aplicação igualitária da lei do aborto, especialmente a mulheres pobres que são suscetíveis a serem mais afetadas pelo vírus Zika¹¹⁵. O guia *Abortamento Seguro da Organização Mundial de Saúde* afirma que “o respeito, a proteção e cumprimento dos direitos humanos requer que leis e políticas amplas sejam postas em prática (...) para assegurar que o aborto seja seguro e acessível”¹¹⁶. Para garantir acessibilidade, protocolos nacionais precisarão mostrar como os Estados podem aumentar acessibilidade física e financeira e acesso à informação conforme exigidos pelos critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde.¹¹⁷

As diretrizes colombianas de 2016 para o Zika chegam muito perto de satisfazer o texto de suficiência onde explicam o que a frase “em toda a extensão da lei” significa¹¹⁸. Eles explicam o que é permitido e exigido sob as decisões sobre o aborto da Corte Constitucional Colombiana¹¹⁹. Em conformidade com a definição da OMS de saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”¹²⁰, as diretrizes colombianas esclarecem que a lei colombiana¹²¹ exige que a saúde seja protegida holisticamente de

acordo com suas dimensões físicas, mentais e sociais¹²². Elas exigem que ameaças à saúde mental sejam compreendidas para incluir sofrimento mental causado a uma mulher grávida e sua família por um diagnóstico de infecção por Zika vírus e as incertezas associadas à saúde fetal, ou por um diagnóstico de debilitação fetal grave. Essas diretrizes requerem que todas as mulheres que consideram o aborto como opção e aqueles elegíveis a prestar tal serviço sejam informados sobre o que é permitido por lei, maximizando assim as chances de aplicação igualitária da lei.

Orientação jurídica é necessária para assegurar que a lei permita que médicos exerçam seus julgamentos clínicos a favor dos interesses de suas pacientes, livres de conflito de interesse devido a medo de serem processados ou profissionalmente punidos. Respeito ao julgamento clínico dos médicos é particularmente importante onde o conhecimento médico é incerto e evolutivo, tal como no caso do vírus Zika¹²³. Os Estados frequentemente oferecem aos médicos segurança contra o medo de serem processados quando os autorizam a interromper gestações em funções de prognósticos de riscos à vida de mulheres que continuem grávidas que são independentemente confirmados por uma segunda opinião médica. Diretrizes oficiais para execução das leis podem desencorajar promotores a processarem médicos por causa de aborto quando o prognóstico de perigo à vida for anteriormente confirmado por colegas independentes. Tais diretrizes, talvez emitidas pelos ministérios de justiça, podem liberar médicos a agirem de acordo com o que eles acreditam, de boa fé, ser de interesse de seus pacientes. Elas também podem evitar a necessidade das mulheres de solicitar autorização para um juiz quando os médicos não quiserem prestar os serviços porque temem serem processados¹²⁴. Essas solicitações, feitas por mulheres que dispõem de meios para se beneficiar delas, pedem que juízes façam avaliações médicas que deveriam ser feitas por médicos.

5.3.2.3 Programas de redução de danos

É provável que em Estados com leis restritivas a prática do aborto inseguro aumente durante a epidemia de Zika. Mulheres grávidas infectadas pelo Zika que enfrentem a possibilidade de dar a luz a uma criança com deficiências e decidem que não podem fornecer a assistência necessária para tal criança tem muitas chances de interromper suas gestações. Aquelas que não têm acesso a serviços seguros recorrerão a práticas inseguras, contribuindo para um crescimento na mortalidade e morbidade materna relacionada ao aborto. Para direcionar tais resultados nocivos de saúde associados a leis restritivas sobre o aborto, alguns Estados têm instituído programas de “Redução de Danos” que buscam garantir que as mulheres tenham acesso a informações cientificamente fundamentadas sobre como evitar meios inseguros de interromper suas gestações e aconselhamento neutro¹²⁵. Aconselhamento neutro inclui informações sobre os riscos associados aos diferentes meios de induzir o aborto e sinais de complicações que requerem atenção imediata. A assistência médica profissional não está envolvida em induzir um aborto ilícito, mas apenas em fornecer informações que ajudam as mulheres a reduzirem riscos evitáveis como morte ou deficiência de longa duração, infecção ou trauma. Esclarecer que aconselhamento neutro não é contra a lei seria um passo importante para criar um ambiente propício.

Criar um ambiente legal propício para programas de redução de danos também requer que o Estado esclareça que médicos, enquanto no exercício de seu dever profissional de agir objetivando o interesse de seus pacientes, não são obrigados a denunciar supostas atividades criminais. A Corte Interamericana de Direitos Humanos reconheceu que a confidencialidade é privilegiada acima do

dever de denunciar. Em um caso em que foi encontrada uma violação da Convenção Americana e exigido que o Estado pague indenizações, a Corte afirmou que:

O Estado violou o princípio da legalidade (...) por penalizar uma atividade médica, que não apenas é um ato lícito essencial, mas que também faz parte da obrigação do médico de prover; e por impor aos médicos a obrigação de denunciar um possível comportamento criminal de seus pacientes, baseados em informações obtidas no exercício de sua profissão.¹²⁶

A discussão acima explica caminhos que a Corte pode considerar para reduzir os efeitos da epidemia do Zika, esclarecendo o significado de preservação da vida da mulher grávida como uma causa de aborto legal. A Corte poderia explicar como os princípios da igualdade e os padrões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade são aplicáveis à prestação dos serviços necessários, e poderia fornecer fundamentos legais para os programas de redução de danos.

Medida nº 5.4: Garantir que mulheres infectadas estejam livres de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes

O direito de ser livre de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes é protegido por muitos tratados internacionais e regionais de direitos humanos¹²⁷. Mulheres recebendo serviços de saúde reprodutiva estão particularmente em risco de serem sujeitas à tortura e punição cruel, desumana e degradante. Recentemente, o Relatório do Relator Especial da ONU sobre tortura, tratamentos ou penas desumanas ou degradantes Juan Méndez, explicou que:

Aborto inseguro é a terceira maior causa de morte materna mundialmente. Onde o acesso ao aborto é restrito por lei, a mortalidade materna aumenta, já que as mulheres são obrigadas a sofrer abortos clandestinos em condições precárias e não-higiênicas. Consequências físicas e psicológicas de curta e longa duração também aparecem devido aos abortos inseguros e quando as mulheres são forçadas a seguir com gestações contra sua vontade. Tais políticas restritivas têm impacto desproporcional em mulheres e meninas marginalizadas e desamparadas. Leis de aborto altamente restritivas que proíbem aborto mesmo em caso de incesto, estupro ou má-formação fetal ou para resguardar a vida ou a saúde da mulher violam o direito das mulheres de não sofrerem tortura. Ainda assim, alguns Estados continuam a restringir o direito de mulheres a serviços de aborto seguros e legais com proibições absolutas do aborto. O acesso restritivo ao aborto voluntário resulta em mortes desnecessárias de mulheres.¹²⁸

O Relatório Especial da ONU sobre o direito de todos ao usufruto do mais alto padrão atingível de saúde física e mental explicou os efeitos negativos da criminalização do aborto: “A marginalização e a vulnerabilidade de mulheres como resultado de estigmatização e discriminação causada pelo aborto, perpetua e intensifica violações ao direito à saúde”¹²⁹. O Relatório sobre Saúde recomendou a legalização do aborto para indicações de saúde mental, dentre outras, apontando para os danos à saúde mental causados pela proibição:

A criminalização do aborto também tem um severo impacto na saúde mental. A necessidade de buscar por serviços de saúde ilegais e a intensa estigmatização tanto do procedimento de aborto quanto das mulheres que o procuram podem ter efeitos deletérios à saúde mental das mulheres. Em alguns casos, as mulheres cometem suicídio por causa das pressões acumuladas e da estigmatização relacionadas ao aborto. Em jurisdições onde o estupro não é razão para aborto, mulheres e meninas que estão grávidas de estupradores mas não desejam continuar com a gravidez são forçadas a continuar até o nascimento ou buscar aborto ilegal. As duas opções podem causar enorme angústia. Ao escolher qualquer uma das opções, a ameaça sobrejacente de ser investigada, processada e punida dentro do

sistema de justiça criminal tem impactos negativos significantes na saúde emocional e bem-estar daquelas que escolhem buscar ou não o aborto.¹³⁰

Consequências para saúde física e mental de curta e longa duração surgem devido a abortos inseguros, ou quando mulheres são obrigadas a prosseguir com gestações indesejadas. A vulnerabilidade de mulheres infectadas com o vírus Zika é exacerbada pelo estresse psicológico causado pelas incertezas, riscos e danos associados à infecção. No que diz respeito ao Estado forçar uma adolescente a seguir com uma gravidez sabendo que ela daria luz à uma criança com uma anomalia fatal, um psiquiatra informou ao CDH que obrigá-la a continuar uma gravidez cujo o resultado já é sabido com antecedência “substancialmente contribuiu para desencadear os sintomas de depressão, com seu impacto severo no desenvolvimento da jovem e da futura saúde mental da paciente”¹³¹. Sintomas similares ao de depressão podem surgir em mulheres grávidas que sabem que existe uma possibilidade de dar à luz a uma criança com anomalias graves.

O Comitê contra a Tortura (CCT) tem repetidamente alertado os Estados a pararem de punir prestadores de aborto e mulheres que os procuram.¹³² O CCT e outros órgãos de direitos humanos poderiam concluir de forma razoável que investigar, processar e punir mulheres que, enquanto grávidas, foram infectadas pelo Zika e provavelmente dariam à luz crianças afetadas pelo vírus Zika é uma forma de tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante¹³³. Além disso, os órgãos de direitos humanos poderiam concluir que um passo apropriado para a corte dar, sob as leis internacionais de direitos humanos, seria aceitar uma defesa de necessidade e absolverem mulheres e seus médicos. Dessa forma, um aborto poderia se fazer necessário para preservar a vida ou saúde de uma mulher e evitar que ela se torne “um naufrágio mental” como uma corte inglesa decidiu no amplamente acompanhado e histórico caso *Bourne* em 1938¹³⁴. Uma variável da defesa de necessidade seria um argumento de legítima defesa, baseado na legítima defesa da mulher contra os efeitos nocivos a sua saúde mental e/ou física ao conscientemente carregar, dar à luz e cuidar de uma criança gravemente debilitada.

Outra abordagem poderia ser de o Estado suspender a execução da proibição penal do aborto para mulheres grávidas infectadas pelo vírus Zika que estão em severos casos de estresse mental, de forma que elas possam viver livres de traumas psicológicos causados por gestações impostas de fetos gravemente debilitados, ou estresse associado à busca e realização de abortos ilegais e riscos de serem processadas e detidas.¹³⁵

Ministérios da justiça, advogados gerais ou dirigentes de ministérios públicos poderiam emitir diretrizes para promotores aconselhando-os a suspender a execução da proibição criminal do aborto durante a emergência do Zika. Tais diretrizes iriam comprometer a base legal ou administrativa sobre a qual procuradores pudessem processar médicos ou mulheres infectadas. Diretrizes poderiam impedir a ocorrência de processos punitivos e maliciosos¹³⁶, ao menos durante a emergência do Zika. Alternativamente, as diretrizes poderiam explicar que médicos não podem ser processados por realizar abortos, desde que, com antecedência, eles garantam segundas opiniões médicas que ocorram de boa-fé alegando que o aborto foi necessário para salvar as vidas das mulheres ou impedir que elas sofressem danos mentais de longa duração.

Independente da abordagem que essa Corte decidir tomar para deter acusações e punições a mulheres grávidas infectadas pelo vírus Zika que interrompam suas gestações, qualquer uma delas evitaria a necessidade das mulheres de irem a tribunais de justiça a fim de encontrar juízes que estejam dispostos a certificar que a gravidez é uma ameaça às suas vidas. Esse é um imenso fardo para as mulheres carregarem, e é muito difícil, se não impossível, para mulheres pobres suportarem. Definir condições injustas para aplicação da lei é uma negação a sua aplicação igualitária, e uma

negação do direito humano de ser livre de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas e degradantes.

Qualquer uma das abordagens seria um passo à frente na conformidade com os padrões de direitos humanos internacionais durante a emergência do Zika. A mais longo prazo, essa Corte deve estar ciente de que os órgãos internacionais de direitos humanos constantemente convidam os Estados a reformularem suas leis de abortos restritivas para viabilizar a disponibilidade e o acesso a serviços de aborto seguros e legais, ao menos em circunstâncias de estupro, incesto, anomalia fetal grave e quando a vida da mulher ou sua saúde física ou mental estão em risco, a fim de garantir que as mulheres sejam livres de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas e degradantes.¹³⁷

Medida nº 5.5: Garantir o acesso das mulheres à justiça por violação de seu direito à saúde sexual e reprodutiva

Os Estados são obrigados a garantir, de modo geral, que seus sistemas de justiça sejam disponíveis e acessíveis, e tenham a qualidade necessária para assegurar soluções efetivas¹³⁸. É um assunto específico que seus sistemas jurídicos respondam a supostas violações ao direito à saúde sexual e reprodutiva.¹³⁹ Para que suas soluções sejam efetivas, principalmente para mulheres expostas ou infectadas pelo Zika, sistemas de justiça devem ser pontuais, adequados e garantir que respondam aos tipos particulares de violações vivenciadas por mulheres¹⁴⁰, ou subgrupos de mulheres, tais como meninas adolescentes¹⁴¹. Ou seja, eles precisam ser sensíveis à questão do gênero¹⁴². O CEDAW responsabilizou Estados onde os direitos das mulheres à assistência obstétrica emergencial foram violados¹⁴³ e onde foi negado às mulheres acesso a aborto legal.¹⁴⁴

O CDH responsabilizou duas vezes Estados por falha em fornecer soluções efetivas quando o acesso ao aborto legal foi negado¹⁴⁵ ou postergado¹⁴⁶ com graves consequências à saúde física e mental de mulheres. Ao analisar a necessidade de reduzir mortalidade materna evitável, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas obriga os Estados a garantir que as mulheres tenham acesso a mecanismos de responsabilidade em vários níveis, como profissional, institucional (em hospitais e clínicas), e a níveis de sistema de saúde, quando alegam que seus direitos foram violados.¹⁴⁷

Baseado na análise supracitada do trabalho dos órgãos de direitos humanos e do Conselho de Direitos Humanos da ONU, os Estados seriam responsabilizados ao falhar em garantir acesso à justiça por violações dos direitos das mulheres à saúde sexual e reprodutiva, principalmente durante a emergência do Zika.

Conclusão

Este parecer abordou as obrigações dos Estados sob leis internacionais e regionais de direitos humanos para responder à emergência de saúde pública da epidemia de Zika. O direito internacional estabelece que Estados têm responsabilidades aumentadas de reduzir o impacto de emergências de saúde pública, e transfere aos Estados a escolha de meios mais efetivos para fazê-lo. Entretanto, os órgãos de direitos humanos revisam tais determinações para avaliar se são razoáveis nos contextos particulares. Não seria razoável que Estados permitissem uma regressão no que diz respeito à proteção dos direitos humanos durante a emergência do Zika.

Baseados na distinção entre liberdades e legitimidades (ver 4.2), os órgãos de direitos humanos podem considerar razoável que um Estado primeiro foque em garantir liberdade de intervenções com direitos, como por exemplo, o direito de ser livre de tortura, e depois siga para assegurar prestações positivas, tais como serviços. Toda sociedade se beneficia quando os Estados estão em conformidade com seus deveres reforçados de proteger os mais vulneráveis, especialmente mulheres afetadas pela epidemia do Zika e crianças com deficiência.

Essa Corte tem uma oportunidade de criar um ambiente legal propício que positivamente auxilie profissionais de saúde a prestarem serviços de saúde sexual e reprodutiva, reduzindo assim os efeitos especialmente nocivos de criminalidade que frequentemente prejudicam tal prestação. Essa Corte pode esclarecer quando a preservação da vida de uma mulher grávida serve como uma indicação para um aborto legal, explicar como os princípios da igualdade e os padrões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade são aplicáveis à prestação de serviços essenciais, e fornecer fundamentação jurídica para programas de redução de danos.

Essa Corte também pode fazer frente à natureza desumana e degradante do tratamento a mulheres grávidas explicando como o direito a ser livre de tortura ou outro tratamento ou pena cruel, desumana ou degradante deve ser aplicado durante essa emergência de saúde pública. A Corte pode identificar similarmente como as mulheres que foram sujeitas a tratamento indigno podem ter acesso à justiça e garantir soluções necessárias para tal tratamento. Ela pode reduzir as consequências de longa e curta duração do aborto inseguro à saúde de mulheres grávidas infectadas pelo Zika, principalmente as consequências para a saúde mental:

- esclarecendo a aceitação judicial de uma defesa de necessidade alegada por provedores de aborto e mulheres em busca dele,
- reconhecendo critérios para suspensão da execução da lei penal sobre aborto,
- reconhecendo que orientações restritivas para a atuação de promotores podem ser apropriadas, ou
- explicando se o direito de ser livre de tratamento desumano ou degradante requer que o Estado suspenda acusações e punições para mulheres grávidas infectadas pelo Zika vírus e em alto risco de sofrimento mental.

Agindo de tal forma, essa Corte pode contribuir com a prevenção de outra epidemia de mortalidade e morbidade materna evitável devido a abortos inseguros e tratamento indigno a mulheres.

Epidemias transformam a compreensão de doenças de patologias de corpos humanos a patologias de ambientes¹⁴⁸. Essa Corte tem a oportunidade de garantir que a epidemia de Zika não se torne uma patologia do Estado, assegurando que toda cidadã afetada pelo Zika, independentemente das circunstâncias, tenha acesso a serviços necessários de saúde sexual e reprodutiva para garantir seu direito à saúde.

Rebecca J. Cook

Rebecca Cook

Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina, e Centro Conjunto de Bioética, Universidade de Toronto

¹ Organização Mundial da Saúde, *Estrutura de Respostas às Emergências em Saúde Pública*, Genebra: OMS, 2014.

² D. Heymann et al, Zika virus e microcefalia: por que essa situação é uma ESPII? *The Lancet*, 387: 719-721 (2016)

³ Heymann em p. 719.

⁴ Organização Mundial da Saúde, *Gestão da gravidez no contexto de infecção pelo vírus Zika: guia interino atualizado*. OMS/ZIKV/MOC/16.2, 02 de março de 2016, <http://www.OMS.int/csr/resources/publications/zika/pregnancy-management/en/> (acessado no dia 11 de maio de 2016) [doravante chamado de *Gestão da Gravidez OMS*].

⁵ L.R. Petersen et al, Zika Virus, 374:16 (2016) *Periódico de Medicina New England* 1552, em 1554-1556.

⁶ S. Colt et al, Transmissão do vírus Zika através de leite materno e outros fluidos corporais relacionados à amamentação: uma crítica sistemática, *Boletim da Organização Mundial da Saúde*. E-pub, 02 de maio de 2016.

⁷ S.A. Rasmussen et al, Vírus Zika e Defeitos Congênitos – Uma análise de evidências de causalidade – *Periódico de Medicina New England*, 13 de abril de 2016, versão online, 1.

⁸ S.A. Rasmussen et al, Vírus Zika, 1.

⁹ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CEDESC) da ONU. *Comentário Geral Nº 14: O Direito ao Mais Alto Padrão Atingível de Saúde (Art. 12 do Pacto)*, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, (doravante chamado de CEDESC CG 14) ¶16 elaborando o Art 12.2.c. de “O Direito... ao usufruto do mais alto padrão atingível de saúde física e mental... deve incluir... A prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas” Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado em 16 de dezembro de 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21st Sess., Supp. Nº. 16, at 49, U.N. Doc. A/6316, 993 U.N.T.S. 3 (entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976) (doravante chamado “PIDESC”) (ratificado pelo Brasil em 24 de Jan. 24 de 1992); Implementação brasileira: Decreto No. 591, de 6 de Julho de 1992; Protocolo Opcional à Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotado em 6 de outubro de 1999, G.A. Res. 54/4, ONU GAOR, 54th Sess., Supp. No. 49, at 5, U.N. Doc. A/54/49, 2131 U.N.T.S. 83 (entrou em vigor dia 22 de dezembro de 2000) (ratificado pelo Brasil em 28 de junho de 2002); Implementação brasileira: Decreto No. 4.316, de 30 de Julho de 2002, Art 5.1, exige que os estados tomem “medidas interinas caso seja necessário evitar possíveis danos irreparáveis a vítimas da suposta alegação”, Assembleia Geral da ONU, *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: resolução / adotado pela Assembleia Geral*, 24 de janeiro de 2007, A/RES/61/106 (doravante chamada de “Convenção das Deficiências”) Art. 11.

¹⁰ Ver, por exemplo, *X e XX v Colombia*, MC 270/09, IACHR, (21 de setembro de 2009) (requisitou tratamento adequado para uma adolescente grávida vítima de estupro); “*Amelia*”, PM 43-10 (Nicarágua), IACHR (26 de fevereiro de 2010) (requisitou tratamento adequado para uma adolescente grávida com câncer).

¹¹ Ver, por exemplo, *Matter of B*, Medidas Provisórias, Corte Interamericana de Direitos Humanos, Julgamento de 29 de maio de 2013 (requisitou tratamento adequado para uma mulher grávida com feto anencéfalo).

¹² CEDESC, *Comentário Geral Nº 22 (2016) sobre o Direito à saúde sexual e reprodutiva (artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) ¶38*: “Medidas retrógradas devem ser evitadas, e se aplicadas, o Estado tem o encargo de provar sua necessidade” Ver também Beatriz Galli e Suely Deslandes, *Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil durante a epidemia de Zika* 32.4 (2016) *Cad. Saúde Pública*, Epub 19-Abril-2016.

¹³ Comitê de Recursos Humanos da ONU (CRH), *PIDCP Comentário Geral Nº. 29: Artigo 4: Derrogações durante um Estado de Emergência*, 31 de agosto de 2001, PIDCP/C/21/Rev.1/Add.11, ¶ 4.

¹⁴ Estabelecido pelo PIDESC; Protocolo Opcional ao Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado em 10 de dezembro de 2008, G.A. Res. 63/117, ONU GAOR, 63rd Sess., U.N. Doc. A/RES/63 117 (entrou em vigor dia 5 de maio de 2013) [nem assinado nem ratificado pelo Brasil] [doravante chamado de “Protocolo Opcional ao PIDESC”]; ver também B. Saul, D. Kinley e J. Mowbray, *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Commentary, Cases, and Materials* (Oxford: OUP, 2014) [Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: comentários, casos e materiais.]

¹⁵ Estabelecido Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado em 16 de dezembro de 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21º Sess., Supp. No. 16, at 52, U.N. Doc. A/6316, 999 U.N.T.S. 171

(entrou em vigor em 23 de março de 1976) (ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992); Implementação Brasileira: Decreto No. 592, de 6 de Julho de 1992[doravante chamado de “PIDCP”]; Protocolo Opcional ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado em 19 de dezembro de 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21º Sess., Supp. No. 16, at 59, U.N. Doc. A/6316, 999 U.N.T.S. 171 (entrou em vigor de 23 de março de 1976) (ratificado pelo Brasil em 29 de setembro de 2009). Ver também S. Joseph e M. Castan, *The International Covenant on Civil and Political Rights: Cases, Materials and Commentary* (Oxford: OUP, 2013). [Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos: Casos, Materiais e Comentários].

¹⁶ Estabelecido pela Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, adotada em 10 de dezembro de 1984, G.A. Res. 39/46, ONU GAOR, 29ª Sess., Supp. Nº. 51, em 197, U.N. Doc. A/39/51, 1465 U.N.T.S. 85 (entrou em vigor em 26 de junho de 1987) (ratificado pelo Brasil em 28 de setembro de 1989); Implementação brasileira: Decreto No. 40, de 15 de Fevereiro de 1991. Ver também, M. Nowak e E. McArthur, *The United Nations Convention against Torture: A Commentary* (Oxford: OUP, 2008). [A Convenção das Nações Unidas contra Tortura: Um comentário].

¹⁷ Estabelecido pela Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotada em 18 de dezembro de 1979, G.A. Res. 34/180, ONU GAOR, 34ª Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46, 1249 U.N.T.S. 13 (entrou em vigor dia 3 de setembro de 1981) (ratificado pelo Brasil em 1º de Fevereiro de 1984); Implementação brasileira: Decreto No. 89.460, de 20 de Março de 1984; [doravante chamado de “Convenção das Mulheres”] ver também, M. Freeman, C. Chinkin, e B. Rudolf, eds., *The ONU Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary* (Oxford: OUP, 2012) [doravante citado como o Comentário CEDAW]. [Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres: Um Comentário].

¹⁸ Estabelecido pela Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada em 20 de novembro de 1989, G.A. Res.44/25, ONU GAOR, 44ª Sess., Supp. No. 49, em 167, U.N. Doc. A/44/49, 1577 U.N.T.S. 3 (entrou em vigor em 2 de setembro de 1990) (ratificado pelo Brasil em 24 de setembro de 1990); Implementação brasileira: Decreto No. 99.710, de 21 de Novembro de 1990 [doravante chamada “Convenção da Criança”]; Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos da Criança, em um procedimento de comunicação, adotado em 19 de dezembro de 19, 2011, G.A. Res. 66/138, ONU GAOR, 66ª Sess., U.N. Doc. A/RES/66/138 (entrou em vigor dia 14 de abril de 2014) (assinado, mas não ratificado pelo Brasil em 28 de fevereiro de 2012) [doravante chama de “CDC”]; ver também S. Detrick, *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child* (The Hague: M. Nijhoff, 1999) [Um Comentário sobre a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança]; A. Eide e W.B. Eide, *Convention on the Rights of the Child, Article 24: The Right to Health* (M. Nijhoff, 2006) [Convenção sobre os Direitos da Criança, Artigo 24: O Direito à Saúde].

¹⁹ Estabelecido pela Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial adotada em 21 de dezembro de 1965, G.A. Res. 2106 (XX), ONU GAOR, 20ª Sess., Supp. No. 14, em 47, U.N. Doc. A/6014, 660 U.N.T.S. 195 (entrou em vigor em 4 de janeiro de 1969) (ratificado pelo Brasil em 27 de março de 1968); Implementação brasileira: Decreto No. 65.810, de 8 de Dezembro de 1969; ver também, P. Thornberry, *The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination* (Oxford: OUP, lançamento em 2016) [Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial].

²⁰ Estabelecida pela Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências, adotada em 24 de janeiro de 2007 ou 13 de dezembro de 2006, G.A. Res. 61/106, ONU GAOR, 61ª Sess., Supp. No. 49, em 65 em A/RES/61/106 2515 U.N.T.S. 3 (entrou em vigor dia 3 de maio de 2008) (ratificado pelo Brasil em 1º de agosto de 2008) [doravante chamada “Convenção das Deficiências”]; Protocolo Opcional à Estabelecida pela Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências adotado em 10 de dezembro de 2006, G.A. Res. 63/117, ONU GAOR, 61ª Sess., U.N. Doc. A/RES/61/106 (entrou em vigor em 3 de maio de 2008) (ratificado pelo Brasil em 1º de agosto de 2008); Implementação brasileira: Decreto No. 6.949, de 25 de Agosto de 2009.

²¹ Convenção Americana sobre Direitos Humanos, assinada em 22 de novembro de 1969, O.A.S. Doc. OEA/Ser.L/V/II.23, doc. 21, rev. 6 (1979), O.A.S.T.S. No. 36, 1144 U.N.T.S. 143 (entrou em vigor em 18 de julho de 1978) (ratificado pelo Brasil em 7 de setembro de 1992) [doravante chamada “Convenção Americana”].

²² Estabelecido pela Convenção Europeia dos Direitos do Homem, adotada em 4 de novembro de 1950, 213 U.N.T.S. 222 (entrou em vigor em 3 de setembro de 1953) [doravante chamada de “Convenção Europeia”].

-
- ²³ Nações Unidas, Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo 5-13 setembro de 1994, A/CONF.171/13/Rev.1. [doravante chamada de “Programa de Ação CIPD”].
- ²⁴ Nações Unidas, *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável*, GA Res. 70/1, ONU GAOR, 70ª Sess., ONU Doc. A/RES/70/1 (25 de setembro de 2015).
- ²⁵ Protocolo Opcional ao PIDESC, 2008 ¶8.4: “a razoabilidade dos passos dados pelo Estado”.
- ²⁶ Convenção das Mulheres, Art. 2 “concorda em buscar de todos os meios apropriados...”
- ²⁷ CEDESC, GC 22 ¶6.
- ²⁸ Programa de Ação CIPD, ¶7.2.
- ²⁹ CEDESC, GC 22 ¶6.
- ³⁰ Programa de Ação CIPD, ¶7.2.
- ³¹ CEDESC, GC 22 ¶1, baseado no Comentário Geral 14 da CEDESC 2000, O Direito ao Mais Alto Padrão Atingível de Saúde (art. 12), ¶¶ 2, 8, 11, 16, 21, 23, 34 e 36.
- ³² CEDESC, GC 22 ¶1.
- ³³ Convenção das Mulheres Arts 12, 16(e), CEDAW Recomendação Geral Nº. 24: Mulheres e Saúde (1999), ¶¶11, 14, 18, 23, 26, 29, 31(b).
- ³⁴ Convenção da Criança, Arts 17, 23-25 e 27 o Comitê sobre os Direitos da Criança (CDC), Comentário Geral Nº. 15: O Direito da Criança ao Usufruto ao Mais Alto Padrão Atingível de Saúde (2013).
- ³⁵ Convenção das Deficiências, Arts 23 e 25.
- ³⁶ CEDESC, GC 22 ¶2.
- ³⁷ M.J. Selgelid, Justiça, doenças infecciosas e globalização, em S. Benatar e G. Brock, *Global Health and Global Health Ethics*, 89, Cambridge ONUiversity Press, 2011. [*Saúde Global e Ética da Saúde Global*]
- ³⁸ CEDESC, GC 22 ¶¶ 9-10; ver também R. Cook, B. Dickens & M. Fathalla, *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law*, Oxford: Oxford ONUiversity Press, 2003 148-215; *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: Integrando Medicina, Ética e Direito*, Rio de Janeiro: CEPIA, 2004) 152-219.
- ³⁹ CEDESC, GC 22 ¶5.
- ⁴⁰ CEDESC, GC 14, ¶8.
- ⁴¹ PIDESC, Art. 10.2.
- ⁴² Ver *P. e S. v. Polônia*, No. 57375/08 Eur. Ct. H.R., ¶162 (2012); *R.R. v. Polônia*, No. 27617/04 Eur. Ct. H.R. ¶209 (2011); *Tysiac v. Polônia*, No. 5410/03 Eur. Ct. H.R., ¶125 (2007).
- ⁴³ *K.L. v. Peru*: ¶6.5 encontrando uma violação ao Artigo 24. Ver também: Comitê de Direitos Humanos da ONU, Comentário Geral 20, Artigo 7 (Quadragésima quarta sessão, 1992), Compilado de Comentários Gerais e Recomendações Gerais Adotadas pelos Órgãos dos Tratados de Direitos Humanos, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 em 30 (1994) ¶11.
- ⁴⁴ Ver Comitê Contra Tortura da ONU (CCT), *Observações Conclusivas sobre a combinação do terceiro ao quinto relatórios periódicos dos Estados Unidos*, ¶¶20-21, U.N. Doc. CAT/C/USA/CO/3-5 (2014), (¶20 pedindo que mulheres grávidas não sejam sujeitas ao confinamento em solitária e ¶21 pedindo o fim da prática de algemar ou outro modo de restrição para prisioneiras durante a gravidez e o nascimento).
- ⁴⁵ OMS, *Gestão da Gravidez no contexto do Zika – Guia Interino*, 2 de março de 2016, OMS/ZIKV/MOC/16.2 OMS, 2.6. (doravante Guia de Gestão da Gravidez da OMS).
- ⁴⁶ Convenção da Criança, Arts. 23, 24; Convenção da Deficiência, Artigos. 7, 25, 26, 28; PIDESC Art 10.3: Medidas Especiais de proteção e assistência devem ser tomadas em nome de todas as crianças... sem qualquer discriminação por razões de parentesco ou outras condições. Crianças e jovens devem ser protegidos de exploração econômica e social..”

Ver também IPIDCP, Art 24; Convenção Americana: Art 19-direitos da criança. PIDESC: 12.2.a. desenvolvimento saudável da criança.

⁴⁷ CDC, CO Brasil, CDC/C/BRA/CO/2-4 (2015) ¶52(d).

⁴⁸ CDC, CO Brasil, CDC/C/BRA/CO/2-4 (2015) ¶51(c).

⁴⁹ CDC, CO Brasil, CDC/C/BRA/CO/2-4 (2015) ¶52(d).

⁵⁰ CDC, CO Brasil, CDC/C/BRA/CO/2-4 (2015) ¶¶51 & 52(d).

⁵¹ CDC, CO Hungria, CDC/C/HONU/CO/3-5 (2014) ¶45 (a); CO Argentina, CDC/C/ARG/CO/3-4 (2010) ¶51; CO Peru, CDC/C/PER/CO/3 (2006) ¶36; CO Bolívia, CDC/C/BOL/CO/4 (2009) ¶62.

⁵² CDC, CO Paraguai, CDC/C/PRY/CO/3 (2010), ¶49(a).

⁵³ CDC, CO Paraguai, CDC/C/PRY/CO/3 (2010), ¶49(b).

⁵⁴ CDC, CO Paraguai, CRPD/C/PRY/CO/1 (2013) ¶20.

⁵⁵ CDC, CO Hungria, CRPD/C/HONU/CO/1 (2012) ¶22; CO Hungria CDC/C/HONU/CO/2 (2006) ¶40; CDC; Disability.

⁵⁶ CDC, CO Peru, CRPD/C/PER/CO/1 (2012) ¶39.

⁵⁷ CDC, CO Brasil, CRPD/C/BRA/CO/1 (2015) ¶47.

⁵⁸ Convenção das Deficiências, Art. 7 (Crianças com deficiências); Art. 23 (Respeito ao lar e à família), sec. 2 and 3; Art. 25 (Saúde), esp. (b).

⁵⁹ Convenção das Deficiências, Art. 23 (Respeito ao lar e à família).

⁶⁰ CEDESC, GC 22 ¶8.

⁶¹ *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) v. Brasil*, CEDAW/C/49/D/17/ 2008 (2011) [doravante chamada *Alyne*]; ver também R.J. Cook, “Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the *Alyne* Decision.” 41.1 (2013) *Journal of Law, Medicine & Ethics* 103–123, e tradução para o português: “Direitos Humanos e Mortalidade Materna: Explorando a Eficácia da Decisão do Caso *Alyne*,” 16.86 (Jul/Ago 2014) *Interesse Público* 145-178. Inglês: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jlme.12008/abstract> Português: http://www.law.utoronto.ca/utfl_file/coONUtdocuments/reprohealth/pub-alyne_portuguese_scan.pdf.

⁶² *L.C. v. Peru*, Comunicação. 22/2009, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).

⁶³ Convenção das Mulheres, Art 2(g). Ver também: CEDAW, GR 28 ¶31. GR 24 on (art. 12), “Mulheres e saúde” ¶2, 9, 12; CEDESC GC 22, ¶28.

⁶⁴ Convenção das Mulheres, GR 24¶17; HRC, GC 28:10; CEDESC GC 22, ¶13, 28.

⁶⁵ Tribunal Constitucional do Chile, *Constitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley N° 18.933*, Rol N° 1710-10 Inc. (06/08/2010) ¶¶103, 155-156; ver *Comentário CEDAW* 311-333 em 325.

⁶⁶ *Caso Artavia Murillo* (“Fertilização In Vitro”) *et. al v Costa Rica*. Méritos, Reparações, e Custos, Julgamento, Inter-Am. Ct. H.R. (ser. C) No. 257 (2012) ¶¶295-6.

⁶⁷ Direitos à assistência médica igualitária (Art 12) individual ou em conjunto com Art 2 (c), (d), (f) (obrigações, soluções, autoridades públicas e leis e práticas discriminatórias) com Art 5 (preconceitos e estereótipos) e com Art 10(h) (educação de vida familiar) e Art 16(1)(e) (Planejamento familiar). Resumo do inquérito relacionado às Filipinas, CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (2015) ¶¶46-48.

⁶⁸ CEDESC, GC 22 ¶26, ¶27.

⁶⁹ OMS, Prevenindo Transmissão Sexual em Potencial do vírus Zika. Guia Interino, 18 de fevereiro de 2016, OMS/ZIKV/MOC/16.1.

⁷⁰ CAT, GC 2, ¶22; CERD, Recomendação Geral 25:, Dimensões Relacionadas ao Gênero de Discriminação Racial ONU GAOR 2000, ONU doc. A/55/18, anexo V, p. 152; CEDAW GC 28 ¶18; CEDESC GC 22¶¶30-31.

⁷¹ Comissão Interamericana de Direitos Humanos, *Access to information on reproductive health from a human rights perspective [Acesso à informação sobre saúde reprodutiva de uma perspectiva de direitos humanos]* (registros oficiais OAS; OEA Ser.L/V/II. Doc.61) Capítulo 1, ¶1.

⁷² CEDESC, Comentário Geral 14, ¶¶12.b.,14, 18-21, 36, 43 a, 52.

⁷³ CEDESC afirmou que “as taxas de mortalidade materna permanecem extremamente altas e o risco de morte materna afeta comunidades marginalizadas desproporcionalmente, em particular mulheres afro-brasileiras, indígenas e de áreas rurais”. ONU Doc. E/C.12/BRA/CO/2 (2009) ¶28. O Comitê disse ainda que “tem preocupação de que abortos clandestinos permaneçam sendo a maior causa de morte dentre as mulheres...” Id em ¶29. rurais”. O comitê requisitou que “o Estado tome medidas legislativas e outras, inclusive uma análise de sua atual legislação, para proteger mulheres dos efeitos de abortos clandestinos e inseguros e garantir que as mulheres não recorram a esse tipo de procedimento nocivo”. Id em 10.

⁷⁴ CEDESC, GC 22 ¶¶11-21.

⁷⁵ CEDESC, GC 22 ¶12, 49 (c), (g).

⁷⁶ CEDESC, GC 22 ¶13.

⁷⁷ CEDESC, GC 22 ¶¶ 14, 15.

⁷⁸ CEDESC, GC 22 ¶¶15-19.

⁷⁹ CEDESC, GC 22 ¶20.

⁸⁰ CEDESC, GC 22 ¶21.

⁸¹ IPIDCP, Art.14.1.

⁸² *L.M.R. v. Argentina, Comunicação No. 1608/2007, U.N. Doc. PIDCP/C/101/D/168/2007 (2011); K.L. v. Peru, Comunicação No. 1153/2003, U.N. Doc. PIDCP/C/85/D/1153/2003 (2005); L.C. v. Peru, Comunicação No. 22/2009, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).*

⁸³ *Tysiāc v. Polônia, No. 5410/03 Eur. Ct. H.R. (2007); P. and S. v. Polônia No. 57375/08 Eur. Ct. H.R. (2012); R.R. v. Polônia, No. 27617/04 Eur. Ct. H.R. (2011).*

⁸⁴ P. Bergallo, “The Struggle against Informal Rules on Abortion in Argentina” [“A Luta contra Regras Informais sobre o Aborto na Argentina] em *Abortion Law in Transnational Perspective [Lei de Aborto sob uma Perspectiva Transnacional]*, R.J. Cook, J.N. Erdman e B.M. Dickens eds. (Editora da Universidade da Pensilvânia, 2014) 143-165.

⁸⁵ *R v Morgentaler*, [1988] 1 SCR 30, 44 DLR (4^o) 385.

⁸⁶ Organização Mundial da Saúde, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Guia Técnico e Político para Sistemas de Saúde). 2^a ed., (Genebra, OMS, 2012) [doravante chamada “*Abortamento Seguro da Organização Mundial de Saúde*”], 90 (notas de rodapé omitidas), disponível em português.

⁸⁷ Organização Mundial da Saúde, Tendências da Mortalidade Materna: de 1990 a 2015: Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial, e a Divisão da População da Organização das Nações Unidas (Genebra: OMS, 2016).

⁸⁸ L. Say et al. “Causas Mundiais de morte materna: uma análise sistemática da OMS” 2.6 (Junho de 2014) Artigos *The Lancet Global Health*, e323-e333. Descobertas, página e323.

⁸⁹ J. McIntyre, “Mothers Infected with HIV: Reducing Maternal Death and Disability during Pregnancy,” [“Mães infectadas pelo HIV: Reduzindo a Morte Materna e Deficiência durante a Gravidez”] *British Medical Bulletin* 67.1 (2003): 127-135; C. Ronsmans e W. Graham, em nome da série “The Lancet Maternal Survival”, grupo de acompanhamento. “Maternal Mortality: OMS, When, Where, and Why,” [“Mortalidade Materna: OMS, Quando, Onde e Por quê”] *The Lancet* 368, no. 9542 (30 de setembro de 2006): 1189-1200, em 1194–1195.

⁹⁰ M. Desai et al., “Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy,” [Epidemiologia e o peso da Malária na Gravidez] *The Lancet Infectious Diseases* 7, no. 2 (Fevereiro de 2007): 93-104; C. Menéndez, U. D’Alessandro, e F. O. ter Kuile, “Reducing the Burden of Malaria in Pregnancy by Preventive Strategies,” [“Reduzindo o peso da Malária na Gravidez através de Estratégias de Prevenção] *The Lancet Infectious Diseases* 7, no. 2 (Fevereiro de 2007): 126-135.

-
- ⁹¹ L. Say et al. “Causas Mundiais de morte materna: uma análise sistemática da OMS” 2.6 (Junho de 2014) Artigos *The Lancet Global Health*, e323-e333 na Tabela 4 (“Subgroup analysis of indirect causes of death by Millennium Development Goal region”) [“Análise do subgrupo de causas indiretas de morte por região de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio].
- ⁹² F. C. Barros et al., “Recent Trends in Materna, Newborn and Child Health in Brasil: Progress toward Millennium Development Goals 4 and 5,” [“Tendências Recentes em Morte Materna, Infantil e de Recém-Nascidos no Brasil: Progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4 e 5” *American Journal of Public Health* 100.10 (Outubro de 2010): 1877-1889, em 1883.
- ⁹³ Ver Organização Mundial da Saúde, *Tendências da Mortalidade Materna: de 1990 a 2010: Estimativas da OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial, e a Divisão da População da Organização das Nações Unidas* (Genebra: OMS, 2012), (Genebra: OMS, 2012), em 38
- ⁹⁴ A. L. Martins, “Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, *Cadernos de Saúde Pública* 22. 11 (Nov. 2006): 2473-2479, em 2476, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100022 (acessado em 19 de maio de 2016); Centro de Direitos Reprodutivos, “Informação Suplementar sobre o Brasil,” carta de 30 de janeiro de 2011 ao CEDAW, página 2. http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CenterReproductiveRights_for_the_session_Brasil_CEDAW51_en.pdf (acessado em 19 de maio de 2016) para a 51ª sessão do CEDAW sobre o Brasil, ocorrida em 15 de fevereiro de 2012. A taxa de mortalidade materna diferencial não é única apenas no Brasil. Nos Estados Unidos, “Nas últimas 5 décadas, mulheres negras vivenciaram um risco quase 4 vezes maior de morte por complicações na gravidez que mulheres brancas”. Myra J. Tucker, et al., “The Black-White Disparity in Pregnancy-Related Mortality from 5 Conditions: Differences in Prevalence and Case-Fatality Rates,” [“A Disparidade entre Brancas e Negras em Mortalidade Relacionada à Gravidez de 5 condições: Diferenças em Prevalência e Taxas de Casos Fatais”] 97 (2007) *Am. J. Public Health* 247-251 em 247.
- ⁹⁵ *Procuradoria Geral v. X (e outros)* [1992] IR1 (interpretando o Artigo 40.3.3. da constituição irlandesa).
- ⁹⁶ *A, B e C v Irlanda* [2010] ECHR 2032; ver também I. Goold, *A, B e C v Irlanda* in *Landmark Cases in Medical Law [Casos Marcantes em Direito da Medicina]*, (Herring e Wall eds) Oxford: Hart 2015 307-340.
- ⁹⁷ *A, B e C v Irlanda* [2010] ECHR 2032, ¶253.
- ⁹⁸ *A, B e C v Irlanda* [2010] ECHR 2032, ¶253.
- ⁹⁹ *A, B e C v Irlanda* [2010] ECHR 2032, ¶264.
- ¹⁰⁰ Departamento de Saúde Irlandês, *Implementação da Proteção à Vida Durante a Gravidez Ato 2013: Guia para Profissionais da Saúde*. Setembro de 2014.
- ¹⁰¹ M. Taylor, *Irlanda’s Abortion Law: Women’s Rights at the Margins* [Lei do Aborto da Irlanda: Direitos das Mulheres à Margem], *Int’l J of Gyn and Obstet.* 130: 93-97 (2015)
- ¹⁰² Brasil, Ministério da Saúde, *Manual Técnico Gestação de Alto Risco*, 5ª ed., 2010 http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf (acessado em 19 de maio de 2016).
- ¹⁰³ *Guia do Aborto Seguro da OMS*, 92.
- ¹⁰⁴ A. Faúndes e J. Torres, O abortamento por risco de vida da mãe. In: *Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas*. São Paulo: Cadernos Católicas Pelo Direito de Decidir, 2002, 148-149.
- ¹⁰⁵ B. Galli e A.P. Viana, O Caso Elineide: Reflexões Sobre as Barreiras Existentes Ao Acesso a Interrupção Legal Da Gravidez Por Risco a Saúde Da Mulher (1º de outubro de 2013), <http://ssrn.com/abstract=2484238> (acessado em 16 de maio 2016)
- ¹⁰⁶ Sabaratnam Arulkumaran, *The Final Report of the HSE investigation of Incident 50278 from the time of the patient’s self referral to hospital on 21st of October 2012 to the patient’s death on the 28th October 2012* [O Relatório Final do HSE – Sistema de Saúde da Irlanda – sobre a investigação do Incidente 50278 do momento em que a paciente internou-se por iniciativa própria no dia 21 de outubro de 2012 ao dia da morte da paciente, em 28 de outubro de 2012] (Health Services Executive, Junho de 2013) (morte de Savita Halappanavar) (Irlanda).

-
- ¹⁰⁷ Sabaratnam Arulkumaran. Ibid.
- ¹⁰⁸ *Guia do Aborto Seguro da OMS*, 16-29.
- ¹⁰⁹ Ver, por exemplo, Instituto Guttmacher, *In Brief: Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean [Em suma: Fatos sobre Aborto da América Latina e Caribe]* (2015), https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf (acessado em 2 de maio de 2016).
- ¹¹⁰ *Guia do Aborto Seguro da OMS* 18; ver também CEDAW GR 24, ¶¶ 26-27; CEDESC Comentário Geral No. 22, ¶¶ 28; CEDESC, GC. 14, ¶¶ 33 and 36~37 (falha ao reduzir os danos relacionados ao aborto podem constituir uma quebra na obrigação legal de não-discriminação).
- ¹¹¹ CEDESC, GC 22 ¶¶ 7-8.
- ¹¹² *Guia do Aborto Seguro da OMS* 92.
- ¹¹³ *Guia de Gestão da Gravidez da OMS*, 2.6.
- ¹¹⁴ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia*. Brasília: Ministério da Saúde. Versão 3 (2016 Mar): http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf (acessado 15.V.16); Ministerio de Salud de El Salvador, *Lineamiento Técnicos Para La Atención Integral de Personas con Zika*, San Salvador, 8 de abril de 2016; ver também C. Chang, K. Ortiz, A. Ansari, ME Gershwin, The Zika outbreak of the 21st century (A Epidemia de Zika do Século XXI). *J Autoimmun* 2016; 68:1-13, 9.
- ¹¹⁵ P. Baum, et al, Garantindo uma resposta do setor de saúde baseada em direitos humanos às mulheres infectadas pelo Zika. *Cadernos de Saude Publica*, lançamento em 2016.
- ¹¹⁶ *Guia do Aborto Seguro da OMS* 87-103, 98; Ver também, J. Erdman, Guia Atualizado do Aborto Seguro da OMS: Saúde e Direitos Humanos, *Int'l J. of Gyn and Obstet.* 2012, 120: 200-203.
- ¹¹⁷ CEDESC, GC 22 ¶¶ 15-19.
- ¹¹⁸ Grupo de Enfermedades Endemo-Epidémicas, Ministerio de Salud y Protección Social. *Lineamientos provisionales para el abordaje clínico de gestantes expuestas al virus zika en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-provionales-abordaje-clinico-gestantes-expuestas-zika-colombia.pdf> (acessado 14.V.16).
- ¹¹⁹ Corte Constitucional da Colômbia. Julgamentos C-355 de 2006, 2009 T388.
- ¹²⁰ Preâmbulo à Constituição da Organização Mundial da Saúde como adotado pela Conferência Internacional da Saúde, Nova Iorque, de 19 a 22 de junho de 1946; assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 estados (Registros Oficiais da Organização Mundial da Saúde, nº 2, p. 100) e entrada em vigor no dia 7 de abril de 1948.
- ¹²¹ Corte Constitucional da Colômbia. Julgamentos C-355 de 2006, 2009 T388 of 2009.
- ¹²² Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social et al. *Lineamientos Provisionales para el abordaje clínico de gestantes expuestas al virus Zika en Colombia*. (Bogotá, Min. Salud, Feb. 2016) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-provionales-abordaje-clinico-gestantes-expuestas-zika-colombia.pdf>, 8.1, em 18.
- ¹²³ OMS, *Guia de Gestão da Gravidez*, 1.
- ¹²⁴ B. Galli and A.P. Viana, O Caso Elineide: Reflexões Sobre as Barreiras Existentes Ao Acesso a Interrupção Legal Da Gravidez Por Risco a Saúde Da Mulher (1º de outubro de 2013), <http://ssrn.com/abstract=2484238> (acessado em 16 de maio de 2016).
- ¹²⁵ A. Labandera et al, The implementation of the risk reduction strategy, from one teaching hospital to the whole country: Changes in abortion morbidity and mortality (A implementação da estratégia de redução de risco, de um hospital universitário para todo o país: Mudanças na mortalidade e morbidade causadas pelo aborto), *Int'l J. of Gyn e Obstet* (supl. Sobre a estratégia de Aborto do Uruguai) lançamento em 2016; J. Erdman, Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion [Redução de danos, direitos humanos e acesso à informação sobre aborto

mais seguro]. *Int'l J. of Gyn e Obstet.* 2012,118, 83-86 (discutindo a abordagem do Uruguai para redução de danos no context de sua antiga lei restritiva de aborto).

¹²⁶ *De La Cruz Flores v. Peru*, Méritos, Reparações e Custos. Julgamento, Inter-Am. Ct. H.R. (ser. C) No. 115 ¶¶102-3 (Nov. 18, 2004) (violação do princípio da legalidade constante no Art 9 da Convenção Americana).

¹²⁷ IPIDCP, Art. 7; (“Ninguém deve ser sujeitado à tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes”); Convenção da Criança, art. 37 (“Nenhuma criança deve ser sujeitada à tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes”); Convenção Contra Tortura, preâmbulo; Convenção Interamericana sobre Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra Mulheres art. 4(d), *adotado em 9 de junho de 1994*, 33 I.L.M. 1534 (entrou em vigor em 5 de março de 1995) ratificado pelo Brasil em 16 de novembro de 1995 [“Convenção do Belém do Pará”] (afirmando que as mulheres tem “o direito de não serem sujeitadas à tortura”); Convenção Interamericana para Prevenção e Punição à Tortura, *adotada em 9 de dezembro de 1985*, O.A.S.T.S. No. 67 (entrou em vigor de 28 de fevereiro de 1987) ratificado pelo Brasil em 9 de junho de 1989. Convenção Americana sobre Direitos Humanos, Art 5.2.

¹²⁸ Relatório do Relator Especial sobre tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes, Juan E. Mendez, A/HRC/31/57 (2016) (2016) Juan Méndez, ¶43 (notas de rodapé omitidas).

¹²⁹ Relatório interino do Relator Especial sobre o direito de todos ao usufruto do mais alto padrão atingível de saúde física e mental. Anand Grover, A/66/254 (2011) ¶34.

¹³⁰ Relatório Interino do Relator Especial sobre saúde, A/66/254 (2011) ¶36.

¹³¹ *K.L. v. Peru* ¶2.5 (por Dr. M.B. Rondón).

¹³² CO Nicarágua, CAT/C/NIC/CO/1 (2009) ¶16; CO Paraguai, CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011) ¶22; CO Peru, CAT/C/PER/CO/5-6 (2013) ¶15(d).

¹³³ Ver, por exemplo, CO Peru, CAT/C/PER/CO/5-6 (2013) ¶15; CO Nicaragua, CAT/C/NIC/CO/1 (2009) ¶16; CO Paraguai, CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011) ¶22; CO El Salvador, PIDCP/C/SLV/CO/6 (2010) ¶10.

¹³⁴ *R. v. Bourne* [1938] 3 All E.R. 615 (Inglaterra); ver também R. Cook e B. Dickens, *Abortion Laws in Commonwealth Countries* Leis de Aborto em Países da Commonwealth (Genebra: OMS, 1979), 14-15.

¹³⁵ Relatório Interino do Relator Especial sobre saúde, A/66/254 (2011) ¶36.

¹³⁶ B. Galli, Negative Impacts of Abortion Criminalization in Brasil: Systematic Denial of Women’s Reproductive Autonomy and Human Rights [Impactos Negativos da Criminalização do Aborto no Brasil: Recusa Sistemática da Autonomia Reprodutiva de Mulheres e Direitos Humanos] , *Análise da Universidade de Direito de Miami*, 65: 969-980, 975-977.

¹³⁷ CO Nicarágua, CAT/C/NIC/CO/1 (2009) ¶16; CO Paraguai, CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011) ¶22; CO Peru, CAT/C/PER/CO/5-6 (2013) ¶15(a); CO Argentina, PIDCP/C/ARG/CO/4 (2010) ¶13; CO Jamaica, PIDCP/C/JAM/CO/3 (2011) ¶14; CO Filipinas, PIDCP/C/PHL/CO/4 (2012) ¶13; CO El Salvador, PIDCP/C/SLV/CO/6 (2010) ¶10.

¹³⁸ Nações Unidas, *CEDAW Recomendação Geral No. 33: On women’s access to justice [Sobre o acesso das mulheres à justiça]*, ONU Doc. CEDAW/C/GC/33 (2015); CEDESC, GC 22, ¶64; Convenção das Deficiências, Art. 13(Acesso à Justiça).

¹³⁹ CEDESC, GC 22 ¶64.

¹⁴⁰ CEDAW, GR 33, ¶19(a), (b), (g).

¹⁴¹ CEDAW, GR 33 ¶¶24 & 25.

¹⁴² R. Rubio-Marin e C. Sandoval, “Engendering the Reparations Jurisprudence of the Inter-American Court of Human Rights: The Promise of the Cottonfield Decision,” [Engendramento da Jurisprudência de Reparações da Corte Interamericana de Direitos Humanos: A promessa da Decisão do Caso Cottonfield]. *Human Rights Quarterly* 33: 1062-1091 (2011).

¹⁴³ *Alyne* ¶7.8: (“falhou em disponibilizar o sistema para assegurar proteção efetiva judicial e providenciar medidas legais adequadas”).

¹⁴⁴ *L.C. v Peru*, ¶8.17: (“essencial para [a] estrutura legal de inclusão de um mecanismo para rápida tomada de decisão, com uma visão limitada à extensão dos possíveis riscos à saúde da mulher grávida, que sua opinião seja levada em consideração, que a decisão seja em fundamentada e que haja direito à apelação”).

¹⁴⁵ *K.L. v Peru*, Comunicação No. 1153/2003, PIDCP/C/85/D/1153/2003 (2005) ¶6.6.

¹⁴⁶ *L.M.R. v Argentina*, Comunicação No. 1608/2007, PIDCP/C/101/D/1608/2007 (2011) ¶9.4.

¹⁴⁷ Nações Unidas, Conselho de Direitos Humanos, Relatório Anual do Alto Comissário da ONU para Direitos Humanos e Relatórios do Gabinete do Alto Comissário e do Secretário Geral, *Technical Guidance on the Application of a Human Rights-Based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality [Guia Técnico sobre a Aplicação de uma Abordagem Baseada em Direitos Humanos à Implementação de Políticas e Programas de Redução de Mortalidade e Morbidade Materna Evitáveis]* A/HRC/21/22 (2012) ¶75.

¹⁴⁸ R. Horton, Offline: Brasil- a oportunidade inesperada que o Zika apresenta, *The Lancet*, 387: 633, 13 de fevereiro de 2016.