

21 de abril de 2021

Senhora

**MARIA CLAUDIA PULIDO**

Secretaria Executiva Interina

Comissão Interamericana de Direito Humanos

Washington, DC, Estados Unidos

**Ref. A pandemia de Covid-19 e o impacto nos direitos humanos de mulheres e crianças afetadas pelo vírus Zika no Brasil**

O Center for Reproductive Rights (CRR), o Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL), a Anís - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e o Global Health Justice Partnership da Universidade de Yale nos dirigimos à senhora, e por seu intermédio à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (doravante “CIDH” ou “Comissão”), para solicitar uma audiência sobre a situação de direitos humanos das mulheres e meninas no Brasil no contexto de Covid-19, em especial das mulheres afetadas pelo vírus Zika e seus filhos e filhas, no marco do 180º Período de Sessões a se realizar de maneira virtual entre os dias 21 de junho e 2 de julho de 2021.

A presente solicitação tem por objeto apresentar informações atualizadas para a Comissão sobre i) as falhas do Estado brasileiro em abordar as consequências da epidemia de Zika, especialmente no que diz respeito à situação das mulheres e crianças afetadas pelo vírus Zika, que se agravou em consequência da pandemia Covid-19, ii) como o fracasso do Estado brasileiro em cumprir suas obrigações com relação aos DhESCA ao longo dos anos está relacionado à epidemia de Zika e ao impacto desproporcional da Covid-19 sobre grupos marginalizados, especialmente mulheres e crianças com acesso inadequado a serviços de saúde, saneamento básico, e água potável, iii) o aumento da situação de vulnerabilidade em que essas mulheres se encontram como consequência do retrocesso em termos de direitos sexuais e direitos reprodutivos observados no país e agravados no âmbito da Covid-19. A presente solicitação adquire ainda mais relevância nesta oportunidade em razão do recente pronunciamento desta Comissão que instou os Estados a incorporar, em todas as suas respostas à pandemia de Covid-19, a perspectiva de gênero a partir de uma abordagem interseccional, levando em consideração os diferentes contextos e condições que potencializam a vulnerabilidade à qual as mulheres estão expostas<sup>i</sup>.

A seguir, exporemos os fundamentos e os objetivos de nossa solicitação.

**I. Antecedentes e contexto que fundamentam a solicitação**

O vírus Zika foi detectado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. Em novembro de 2015, o país declarou uma emergência nacional de saúde pública que se encerrou em maio de 2017. Em novembro de 2017, mais de 369.013 casos suspeitos e confirmados de Zika e quase 2.952 casos confirmados de bebês com síndrome congênita relacionada ao vírus Zika (“SCZ”) foram relatados<sup>ii</sup>. A maioria das infecções ocorreu na região Nordeste, uma parte do Brasil marcada pela pobreza e desigualdade, e afetou desproporcionalmente mulheres negras em idade reprodutiva<sup>iii</sup>. Importa considerar que o vírus Zika ainda circula no país. Em 2019, uma nova linhagem do vírus foi identificada como um risco potencial de uma nova epidemia<sup>iv</sup> e novos casos de Zika continuam a ser identificados. Somente entre janeiro e setembro de 2020, o Ministério da Saúde identificou 6.705 novos casos suspeitos de infecção pelo Zika<sup>v</sup>. No mesmo período, foram registrados mais de 1.000 casos suspeitos de bebês com a SCZ – o que representa, em média, quase três casos por dia.

Em 2017, a Human Rights Watch divulgou um relatório demonstrando como o Brasil não tratou problemas de direitos humanos de longa data que agravaram o impacto da epidemia de Zika e potencialmente de futuros surtos e outros riscos à saúde pública, como a atual pandemia de Covid-19 evidencia<sup>vi</sup>. De acordo com o relatório, a epidemia de Zika exacerbou os problemas de direitos humanos que já existiam, como acesso inadequado a água e saneamento, desigualdade no acesso a cuidados de saúde para famílias com menos

recursos e restrições aos direitos sexuais e reprodutivos. Esse cenário se agravou ainda mais no contexto da Covid-19.

No mesmo ano, a Anis produziu relatório “Zika em Alagoas: a urgência dos direitos 2017” em que mapeou o perfil das mulheres afetadas naquele estado e chamou atenção para o fato de serem “majoritariamente adolescentes ou mulheres muito jovens, negras e indígenas, com pouca escolaridade, e integralmente dependentes das políticas sociais cada vez mais frágeis no país”<sup>vii</sup>. Segundo a pesquisa, a epidemia de Zika poderia ter sido evitada se as condições sanitárias e de higiene em que vivem essas mulheres e suas famílias, assim como seu acesso à água, não fossem tão precárias, contribuindo para a proliferação do mosquito transmissor.

Ainda em 2017 relatório da Plataforma DhESCA Brasil registrou o impacto negativo das medidas econômicas de austeridade sobre os direitos humanos no país, em especial com relação a populações afetadas pela tríplice epidemia de Arboviroses (Dengue, chikungunya e Zika) em Pernambuco. Na ocasião, o relatório alertou para o impacto desproporcional sobre as mulheres dos cortes de investimentos em acesso à água e a saneamento básico e da dificuldade de acesso das famílias com crianças afetadas pela SCZ em obter alimentos, medicamentos e procedimentos médicos necessários para sua sobrevivência, e recomendou uma série de medidas ao Estado brasileiro a esse respeito<sup>viii</sup>.

Em 2018, o CRR, a Escola de Saúde Pública T.H. Chan, da Universidade de Harvard, e o Global Health and Justice Practicum das escolas de Direito e Saúde Pública da Universidade de Yale publicaram um relatório destacando as falhas do Brasil em responder a obrigações em termos de direitos e de atender às necessidades de recursos básicos no contexto da epidemia de Zika. O relatório mostrou que a resposta do governo brasileiro à epidemia deixou de considerar as experiências de mulheres infectadas com Zika e de seus filhos com deficiência em decorrência do vírus<sup>ix</sup>.

De acordo com o relatório, no mínimo, uma abordagem baseada em direitos para a emergência de Zika deve incluir: i) Acesso a informações de qualidade e abrangentes sobre o vírus, seus riscos e opções de saúde reprodutiva disponíveis; ii) Acesso a serviços abrangentes de saúde reprodutiva, incluindo anticoncepcionais, saúde materna de qualidade e serviços de interrupção da gravidez quando necessário; iii) Adaptações razoáveis, incluindo planos de bem-estar social, que garantam a inclusão total e o apoio ao desenvolvimento de crianças com deficiência; e iv) A proteção de seu direito (e de suas famílias) a um padrão de vida adequado, fornecendo acesso a água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e barata para uso pessoal e doméstico.

Nessas oportunidades, especialistas em saúde pública criticaram a priorização do controle de vetores como forma de controlar a propagação do Zika, uma vez que essa escolha suprimiu outras estratégias preventivas, como serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, proteção social de crianças com deficiência e melhoria da água e infraestrutura de saneamento.

Nesse sentido, as advertências do governo não foram acompanhadas por informações ou serviços de saúde adequados que permitissem às mulheres tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva. Em vez de receber as ferramentas necessárias para lidar com a epidemia, o relatório mostra que as mulheres no Brasil frequentemente enfrentam violência, estigma ou criminalização ao procurar serviços de saúde reprodutiva, quando disponíveis.

Apesar de relatórios como esses, pouco foi feito desde então. Em abril de 2020, uma lei federal foi promulgada criando uma pensão especial para crianças com síndrome congênita do vírus Zika, nascidas entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019 (Lei 13.985 / 2020)<sup>x</sup>. No entanto, a lei excluiu de sua abrangência crianças nascidas após essa data e condiciona seu recebimento a um recorte de renda excessivamente baixo, apesar de ser um benefício indenizatório pela falha do Estado brasileiro em proteger essas crianças e famílias das consequências do Zika. Além disso, para o recebimento da referida pensão, o Estado passou a proibir sua cumulação com o Benefício de Prestação Continuada (“BPC”), benefício constitucional que garante um salário mínimo às pessoas com deficiência e idosos de baixa renda, e a exigir a desistência de ações judiciais contra o poder público relacionadas à questão.

Em maio de 2020, o Supremo Tribunal Federal rejeitou, por questões processuais, uma ação judicial de controle de constitucionalidade, ajuizada em 2016, que visava a proteger os direitos econômicos e sociais de mulheres, famílias e crianças, ampliando o acesso ao BPC e exigindo a disponibilização de exames laboratoriais gratuitamente, tendo em vista que a informação diagnóstica é necessária para tomar decisões informadas sobre o planejamento familiar e prevenir a transmissão sexual do vírus<sup>xi</sup>. A petição também requeria o acesso a serviços reprodutivos, incluindo contracepção reversível de longo prazo e interrupção voluntária da gravidez, e solicitava a prestação de serviços de saúde para crianças com SCZ e suas famílias<sup>xii</sup>.

Embora o mérito da ação não tenha sido discutido, a decisão do Supremo Tribunal Federal representa um retrocesso considerável para a proteção das pessoas afetadas pelo vírus Zika, em particular, considerando que, cinco anos após o surto de Zika, o Brasil não tomou medidas adequadas para responder às violações de direitos das mulheres afetadas pela epidemia e de suas famílias.

O cenário torna-se ainda mais grave considerando-se que, nos últimos anos, o Brasil testemunhou crise política e econômica seguida de uma ascensão conservadora, que foi agravada pela eleição de um presidente que se opõe abertamente aos direitos sexuais e reprodutivos<sup>xiii</sup>.

A pandemia de Covid-19 tem contribuído para agravar esse cenário, em especial com relação às violações de direitos das pessoas afetadas por Zika, e para ofuscar os debates em torno do vírus Zika, suas consequências e os novos casos no país<sup>xiv</sup>.

Até o presente momento, mais de 378 mil pessoas morreram em razão da Covid-19 no Brasil<sup>xv</sup>, em um processo que vem sendo considerado por especialistas “uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo Governo brasileiro sob a liderança da Presidência da República”<sup>xvi</sup>.

Como se sabe, a pandemia gera impactos diferenciados e desproporcionais sobre grupos já vulnerabilizados como aqueles já vitimados pela epidemia de Zika, e suas consequências estão diretamente relacionadas com a falta de acesso a direitos básicos como serviços de saúde, saneamento básico e água<sup>xvii</sup>. A título de exemplo, estudos demonstram que a taxa de mortalidade da Covid-19 no país tem sido maior para mulheres grávidas<sup>xviii</sup>, indígenas<sup>xix</sup> e pessoas negras<sup>xx</sup>, se comparados com o restante da população.

Ademais, a pandemia de Covid-19 tem contribuído para sobrecarregar os serviços de saúde já precarizados, e as medidas de isolamento empregadas para combatê-la dificultam ainda mais o acesso a esses serviços, acarretando, entre outros, a suspensão de cirurgias eletivas<sup>xxi</sup> e o cancelamento de terapias para crianças afetadas pela Zika<sup>xxii</sup>.

Como demonstra o relatório da Anis de 2020 "Zika no Brasil: lições de justiça reprodutiva para respostas a crises humanitárias"<sup>xxiii</sup>, as mulheres afetadas pelo Zika, mais uma vez, não foram incluídas no centro das respostas diante da crise humanitária causada pela pandemia de Covid-19. De acordo com o documento, as demandas da crise do Zika continuam relevantes, e são agravadas pela pandemia, especialmente considerando o aumento da desigualdade e da pobreza. O relatório também destaca que as crianças afetadas pelo Zika, já com múltiplas necessidades de saúde, tornam-se mais vulneráveis aos efeitos nocivos da doença por Covid-19, mas que, apesar desse fato, não há proteção específica e medidas de cuidado para mulheres e crianças durante a pandemia de Covid-19.

#### **i) Direitos econômicos, sociais e culturais no contexto de Zika e da Covid-19**

A falta de cumprimento do Estado brasileiro, ao longo dos anos, de suas obrigações relativas à proteção do direito a um padrão de vida adequado por meio do fornecimento de acesso a água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e barata para uso pessoal e doméstico, foi crucial para a eclosão da epidemia de Zika no país.

De lá para cá, pouco mudou e, no contexto da Covid-19, a violação sistemática desse direito contribuiu para a propagação do vírus e recaí, mais uma vez, de maneira desproporcional sobre as mulheres.

Como acontece com muitas outras doenças infecciosas, a propagação e o impacto do Zika estão ligados às desigualdades sociais e econômicas. A Organização Mundial da Saúde observou que “o fardo do Zika recaí

sobre os pobres [...] nas cidades tropicais do mundo em desenvolvimento, os pobres não podem pagar pelo ar-condicionado, mosquiteiros ou mesmo repelentes de insetos<sup>xxiv</sup>.

As comunidades que vivem em habitações precárias frequentemente têm acesso inadequado a água potável e saneamento e outras condições de infraestrutura, o que dá aos arbovírus, como o Zika, a capacidade de prosperar. Investir em infraestrutura de água e saneamento básico para as comunidades mais suscetíveis à propagação do Zika e outros arbovírus é fundamental para eliminar os criadouros do mosquito e garantir o controle duradouro do *Aedes aegypti*.

Apesar do histórico de arbovírus no Brasil, incluindo dengue e chikungunya, o país não se preparou para a chegada do vírus Zika. Ainda hoje, o acesso à água e ao saneamento básico continua muito precário em várias regiões do Brasil, o que tem impacto direto nos efeitos da pandemia de Covid-19. Estudos têm observado uma correlação entre os locais que registram uma constante falta de água e que apresentam maiores taxas de mortalidade por Covid-19<sup>xxv</sup>.

Atualmente 86 milhões de habitantes têm acesso precário à água (água de qualidade inadequada, com intermitência prolongada e em quantidade insuficiente) e 107 milhões de pessoas não têm suas águas residuais devidamente coletadas e tratadas ou convivem com fossas rudimentares<sup>xxvi</sup>. Isso corresponde, respectivamente, a 43 e 52% da população, além dos 35% que não têm acesso à coleta de lixo (resíduos sólidos adequados)<sup>xxvii</sup>.

De acordo com o UNICEF, 6 em cada 10 crianças e adolescentes brasileiros vivem na pobreza<sup>xxviii</sup>. Viver com esgoto a céu aberto é uma privação que atinge a maior proporção de crianças e adolescentes no Brasil, mais do que a falta de acesso à água e à educação<sup>xxix</sup>. Cerca de 22% das crianças brasileiras moram em casas com poços, valas ou esgotos rudimentares; 70% desses jovens são negros e grande parte mora nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país<sup>xxx</sup>.

O problema afeta desproporcionalmente as populações vulneráveis, afrodescendentes e indígenas, residentes em áreas rurais e periféricas nas regiões norte e nordeste do país. Cerca de 5 milhões de domicílios estão localizados em locais caracterizados por um padrão urbano irregular, como favelas, baixadas, comunidades, palafitas, etc<sup>xxxi</sup>. Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro apresentam os maiores números absolutos desse tipo de domicílio (1 milhão em São Paulo e 717 mil no Rio de Janeiro)<sup>xxxii</sup>. Em relação ao número relativo, há municípios, como Belém e Manaus, em que esses domicílios representam mais de 50% do total de domicílios ocupados (55,5% em Belém e 53% em Manaus)<sup>xxxiii</sup>.

Igualmente, a situação de escassez de água tem se agravado em regiões onde há uma pressão crescente por recursos naturais para o desenvolvimento de atividades extrativistas, como a mineração, o que tem causado o deslocamento forçado de pessoas e comunidades, principalmente indígenas e povos tradicionais que dependem diretamente do acesso à água para sua sobrevivência.

Esse cenário como um todo também afeta e é agravado pela pandemia de Covid-19. Embora não seja um arbovírus, o combate à Covid-19 requer condições de acesso à água potável e a saneamento básico que impeçam sua transmissão<sup>xxxiv</sup>. De outro lado, a falta de acesso regular à água tem impacto direto sobre a saúde, aumentando a vulnerabilidade e a incidência de doenças em geral<sup>xxxv</sup>, especialmente entre mulheres<sup>xxxvi</sup>. Neste contexto, comunidades pobres apresentaram acesso limitado a testes e taxas de mortalidade por Covid-19 mais altas em comparação com comunidades com melhores condições de vida<sup>xxxvii</sup>.

Além disso, a privação de acesso à água e ao saneamento sobrecarrega as mulheres<sup>xxxviii</sup>. Como se sabe, tradicionalmente, são as mulheres as responsáveis por tarefas relacionadas a cuidado e limpeza da casa, assim como atividades de buscar água externamente quando isso é necessário.

Além dessas atividades, são as mulheres as responsáveis pelas tarefas de cuidado de pessoas enfermas ou que precisem de atenção especial, o que aumenta seu risco de exposição ao vírus causador da Covid-19, especialmente ao se considerar que as crianças afetadas por síndromes relacionadas ao vírus Zika podem ser mais vulneráveis aos efeitos do adoecimento pelo Covid-19, devido a condições como a broncoaspiração<sup>xxxix</sup>.

Do mesmo modo, a situação é agravada também pela interrupção de serviços de atendimento às crianças com síndromes relacionadas ao vírus da Zika como medida de combate à transmissão da Covid-19 e de redução da sobrecarga do sistema de saúde causada por pacientes infectados pela Covid-19<sup>xl</sup>.

A esse respeito, a Comissão observou em sua Resolução n. 04/20 sobre direitos humanos das pessoas com Covid-19 não apenas a necessidade de os Estados darem especial atenção aos direitos, em particular à saúde, de pessoas pertencentes a grupos sociais em situação de vulnerabilidade, mas também de garantirem a continuidade de serviços diagnósticos essenciais, tratamento, cuidados e reabilitação de outras doenças, patologias ou necessidades médicas.

#### **i) Direitos Reprodutivos no contexto de Zika e da Covid-19**

Como visto, a discussão sobre direitos reprodutivos foi central durante o contexto da epidemia de Zika. Naquela época, muitas mulheres e meninas procuraram evitar ou retardar a gravidez. No entanto, muitas encontraram dificuldades para evitar a gravidez não planejada - ou porque não tinham informações básicas, claras e acessíveis sobre saúde reprodutiva, ou porque encontraram barreiras no acesso aos métodos anticoncepcionais, especialmente os de longo prazo. Além disso, a criminalização do aborto no Brasil forçou muitas mulheres a recorrer a procedimentos clandestinos, e muitas vezes inseguros, para interromper uma gravidez indesejada, colocando em risco sua saúde e até mesmo suas vidas<sup>xli</sup>.

Apesar dos alertas, a situação dos direitos reprodutivos no Brasil parece ter piorado nos últimos anos. Em 2014, o Ministro da Saúde do Brasil declarou que qualquer hospital com prática obstétrica deveria ser capaz de realizar abortos legais<sup>xlii</sup>. No entanto, em 2019, apenas 76 dos 175 centros médicos indicados pelo ministério disponibilizavam o procedimento e, frequentemente, os funcionários do hospital desconheciam as normas relativas ao aborto legal<sup>xliii</sup>.

Um caso recente exemplifica as barreiras que mulheres e meninas continuam enfrentando ao tentar acessar serviço de aborto no país, mesmo quando seu caso se enquadra nas exceções legais (estupro, risco para a vida da mulher ou caso de feto com anencefalia). Em agosto de 2020, uma menina de 10 anos, que havia sido abusada repetidamente por seu tio desde os seis anos, foi forçada a voar mais de 1.400 quilômetros até a cidade de Recife, no Nordeste do país, para ter acesso ao procedimento que havia sido negado em sua cidade natal<sup>xliv</sup>. A esse respeito, foi noticiado que a Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos do Brasil tentou impedir a realização do procedimento enviando “representantes [...] para] retardar a interrupção da gravidez e, em uma série de reuniões, pressionaram os responsáveis por conduzir os procedimentos, inclusive oferecendo benfeitorias ao conselho tutelar local”<sup>xlv</sup>.

Posteriormente, o Ministério da Saúde brasileiro promulgou uma resolução impondo mais barreiras ao acesso aos serviços de aborto legal. Entre as suas disposições, as novas regras incluíam a notificação obrigatória de qualquer caso de estupro a autoridades policiais pelos profissionais de saúde, e obstáculos como a obrigatoriedade de os médicos informarem as mulheres sobre a possibilidade de verem o feto por meio de ultrassom e sobre a necessidade de assinarem listagem enviesada de potenciais riscos vinculados à interrupção da gestação nos termos de consentimento<sup>xlvi</sup>. As medidas são o tipo de pré-requisitos que organismos internacionais de direitos humanos consideraram barreiras desnecessárias responsáveis por impedir o acesso das mulheres a serviços de saúde e que devem ser eliminadas<sup>xlvii</sup>. Após intensa pressão pública, houve alteração da normativa novamente, de modo a suprimir parte das referidas medidas, mas com a manutenção da notificação dos casos à polícia como condicionante de acesso ao aborto legal<sup>xlviii</sup>. Além de ter sido mantida uma das principais barreiras que afastam vítimas de violência da atenção em saúde, as sucessivas alterações normativas intensificam a insegurança jurídica que leva os profissionais de saúde a aumentarem as barreiras indiretas de acesso em um contexto de criminalização<sup>xlix</sup>.

O aborto inseguro é a principal causa direta de morte materna no Brasil<sup>l</sup>, e as complicações que causa representam a terceira causa de ocupação obstétrica de leitos no país<sup>li</sup>. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto, conduzida pela Anis, 1 em cada 5 mulheres no Brasil até os 40 anos já fez pelo menos um aborto. Apenas em 2015 foram quase meio milhão de mulheres a realizar um aborto no país<sup>lii</sup>, e mais de 200.000 mulheres procuram tratamento hospitalar para abortos inseguros anualmente<sup>liii</sup>. Além disso, por medo de sofrerem processos judiciais e eventualmente serem presas, muitas mulheres se recusam a procurar tratamento médico apesar de estarem em uma situação muito vulnerável, o que faz com que, em muitos

casos, as mulheres morram por falta de assistência médica ou como resultado de abortos clandestinos inseguros<sup>liv</sup>.

Ademais, o Brasil persegue ativamente as mulheres que fazem abortos considerados ilegais. No Estado do Rio de Janeiro, entre 2007 e 2011, ocorreram 334 denúncias policiais de mulheres que supostamente realizaram um procedimento de aborto ilegal<sup>lv</sup>. Entre 2007 e 2010, 128 mulheres foram processadas<sup>lvi</sup>. Em 2017, em 30% dos casos relativos a aborto ilegal perante o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, a mulher havia sido denunciada pelo hospital onde havia procurado atendimento médico após uma intervenção clandestina malfeita<sup>lvii</sup>.

As mulheres presas ou processadas são geralmente mães negras de baixa renda e sem antecedentes criminais<sup>lviii</sup>. Elas também são desproporcionalmente pobres, analfabetas e usam os serviços públicos de saúde<sup>lix</sup>. Mais da metade das mulheres investigadas e acusadas de aborto ilegal concluíram apenas o ensino fundamental e apenas 8% concluíram o ensino médio<sup>lx</sup>. Em contraste, mulheres com níveis educacionais mais altos, ao fazerem abortos, têm menor probabilidade de terem complicações depois.<sup>lxi</sup>

Desde o início da pandemia, a violência contra a mulher aumentou, inclusive nas Américas<sup>lxii</sup>, e as respostas de saúde pública ao Covid-19 ampliaram as barreiras ao acesso a bens e serviços de saúde sexual e reprodutiva, bem como às instituições de justiça<sup>lxiii</sup>.

Em 2020, o Estado brasileiro negou acesso à informação solicitada pela Anis – Instituto de Bioética quanto aos estoques de insumos para planejamento familiar, incluindo métodos contraceptivos e medicamentos para aborto legal e emergências obstétricas. A informação foi considerada sigilosa porque sua revelação supostamente colocaria em risco a segurança nacional ou a saúde pública, conforme alegação oficial. A falta de transparência pública lança suspeitas sobre as condições de continuação desses serviços fundamentais para a proteção da saúde de meninas e mulheres diante da crise sanitária, e inviabiliza o controle social das políticas públicas de saúde. Em junho de 2020, o governo federal já havia cancelado a única nota técnica que reforçava a essencialidade da manutenção dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e estabelecia parâmetros de adequação ao seu oferecimento durante a pandemia, além de ter exonerado os funcionários públicos responsáveis por sua redação, em claro sinal de perseguição ideológica anti-gênero descompromissada com a saúde pública.

A mortalidade materna é outro grave problema que persiste no país. Apenas em 2017, a taxa de mortalidade materna era de 60 por 100.000 nascidos vivos<sup>lxiv</sup>, apesar de decisão proferida pelo Comitê CEDAW em 2011 no caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil*. Na ocasião, além de considerar o Brasil responsável pela morte de Alyne, o Comitê da CEDAW considerou que as políticas de saúde materna do Brasil não garantiam o acesso das mulheres a cuidados de qualidade durante o parto e não atendiam às necessidades de saúde específicas e distintas das mulheres, especialmente mulheres de baixo nível socioeconômico origens e grupos historicamente marginalizados<sup>lxv</sup>. O Comitê CEDAW fez, ainda, várias recomendações estruturais, incluindo ao Brasil: garantir o direito das mulheres à maternidade segura e acesso para todas as mulheres a cuidados obstétricos de emergência adequados<sup>lxvi</sup>; fornecer treinamento profissional adequado para profissionais de saúde, especialmente em direitos de saúde reprodutiva das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como cuidados obstétricos de emergência oportunos<sup>lxvii</sup>; e reduzir as mortes maternas evitáveis por meio da implementação de políticas apropriadas, em linha com as recomendações feitas anteriormente<sup>lxviii</sup>.

No entanto, o Brasil não cumpriu adequadamente com as referidas recomendações<sup>lxix</sup> e, até hoje, não possui legislação adequada sobre atendimento obstétrico de emergência nem contra violência obstétrica e a falta de acesso a serviços de saúde adequados e oportunos continua a impactar de forma desproporcional mulheres negras com baixo nível socioeconômico.

Com efeito, estudo de 2013 realizado no Estado do Rio de Janeiro constatou que a maioria dos centros obstétricos analisados não estava apta para fornecer serviços de emergência, pré-natal ou serviços de aborto legal<sup>lxx</sup>. Outro estudo mostrou que, em Brasília, as mulheres negras representavam três quartos dos já elevados 53,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Além disso, maior proporção de mulheres negras não teve acompanhamento de acompanhante no parto (68%), e, para mais de 50% delas, o motivo da ausência de acompanhante foi a recusa do serviço de saúde, apesar da existência de legislação federal a respeito<sup>lxxi</sup>.

O Brasil também não conseguiu atingir a Meta de Desenvolvimento do Milênio de 2015 de reduzir a taxa de MM para 35 mortes por 100.000 nascidos vivos<sup>lxxii</sup> e está longe de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de redução para 20 por 100.000 em 2030. De fato, como a comissão independente de acompanhamento para a implementação das Recomendações Gerais do Comitê CEDAW observou em 2015, a saúde materna no Brasil exacerba a tendência de medicalização do sistema de saúde brasileiro, apontando para os altos índices de parto cesáreo e outras intervenções na gravidez e no atendimento ao parto (por exemplo, uso de ocitocina para acelerar as contrações<sup>lxxiii</sup>).

Em 2016, outro caso de mulher negra que morreu no Estado do Rio de Janeiro devido à falta de acesso oportuno a cuidados obstétricos de emergência de qualidade chegou ao debate público<sup>lxxiv</sup> e, em 2020, outro caso quase idêntico tornou-se conhecido<sup>lxxv</sup>.

A situação parece ter se agravado ainda mais durante a pandemia. Em junho de 2020, um estudo constatou que 124 mulheres grávidas ou puérperas morreram no Brasil de Covid-19 (representando uma taxa de mortalidade de 12,7%), um número que excedeu o número total de mortes maternas relacionadas ao Covid-19 registradas no restante do mundo no momento em que a pesquisa foi realizada<sup>lxxvi</sup>. Observou-se também que 22,6% das mulheres que morreram não foram admitidas na UTI, e apenas 64,0% tiveram ventilação invasiva.<sup>lxxvii</sup> O suporte ventilatório não foi oferecido a 14,6% de todos os casos fatais, enquanto os 21,4% restantes receberam apenas ventilação não invasiva<sup>lxxviii</sup>.

Além do agravamento da já crítica questão da mortalidade materna no país, verificou-se durante a pandemia que o número de hospitais que realmente oferecem procedimentos de aborto legal caiu de 175 para 42<sup>lxxix</sup>. Atualmente, nesse contexto, treze dos vinte e seis estados do país não proveem acesso a serviços de aborto legal<sup>lxxx</sup>.

A esse respeito, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos tem observado reiteradamente que as restrições ao aborto constituem um “grave problema” para a saúde das mulheres<sup>lxxxi</sup>. A Corte Interamericana de Direitos Humanos, por sua vez, observou que “objeto direto de proteção é, fundamentalmente, a mulher grávida, em vista de que a defesa do não nascido se realiza essencialmente através da proteção da mulher”.<sup>lxxxii</sup> E, mais recentemente que adolescentes têm liberdades dentre as quais se encontram a liberdade sexual e o controle sobre o próprio corpo, e que podem ser exercidas de acordo com sua capacidade e maturidade<sup>lxxxiii</sup>.

Diante do contexto descrito, fica claro que ainda existem inúmeras barreiras estruturais que impedem mulheres e meninas de acessarem efetivamente os serviços de saúde sexual e reprodutiva, especialmente os serviços de aborto, mesmo quando seu caso se enquadra no âmbito de uma das exceções legais, em particular no caso de mulheres negras e pobres, as mesmas que suportam desproporcionalmente os efeitos da epidemia de Zika e da pandemia de Covid-19. Não obstante, o governo federal segue adotando estratégias que negligenciam os direitos das mulheres como, por exemplo, ao emitir, com relação à Covid-19, recomendação para que posterguem sua gravidez, do mesmo modo que foi feito durante a epidemia de Zika<sup>lxxxiv</sup>.

A grave situação enfrentada por essas mulheres no Brasil exige que a CIDH emita recomendações ao Estado brasileiro de acordo com as diretrizes da Resolução 4/2020 para que assegure o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva com segurança e liberdade durante a pandemia Covid-19, adotando não só políticas de combate efetivo ao vírus, mas também medidas de proteção contra a violência com enfoque de gênero e direitos humanos, a fim de garantir às vítimas da epidemia de Zika e suas famílias acesso a informações de qualidade e abrangentes sobre o vírus Zika e as opções disponíveis para garantir seu direito à saúde reprodutiva; acesso a serviços abrangentes de saúde reprodutiva, incluindo contracepção, saúde materna de qualidade e serviços de interrupção da gravidez quando necessário; a provisão de acomodações razoáveis, incluindo planos de previdência, que garantam a inclusão plena e o apoio ao desenvolvimento de crianças com deficiência; e a proteção do direito a um padrão de vida adequado por meio do fornecimento de acesso a água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e barata para uso pessoal e doméstico.

## II. Objeto da audiência

A audiência terá por objeto apresentar informações para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e para a Relatoria Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (REDESCA) sobre a

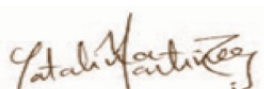
situação dos direitos humanos de mulheres e crianças no Brasil, desproporcionalmente afetadas pelo vírus da Zika e pela pandemia da Covid-19, e o agravamento da vulnerabilidade em que se encontram, em especial no que tange a seus direitos reprodutivos e econômicos, sociais e culturais. Da mesma forma, busca abordar a falta de adoção de medidas efetivas com perspectiva de gênero por parte do Estado brasileiro para a proteção integral dos direitos das mulheres afetadas pelas Zika, assim como suas famílias, o que as coloca em uma posição mais vulnerável ao vírus e, posteriormente, também à Covid-19. A perigosa situação enfrentada por essas mulheres no Brasil exige que a CIDH emita recomendações ao Estado brasileiro de acordo com as diretrizes da Resolução 4/2020 para que assegure o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva com segurança e liberdade durante a pandemia Covid-19, adotando não só políticas de combate efetivo ao vírus, mas também medidas de proteção contra a violência com enfoque de gênero e direitos humanos, a fim de garantir às vítimas da epidemia de Zika e suas famílias acesso a informações de qualidade e abrangentes sobre o Zika vírus e as opções disponíveis para garantir seu direito à saúde reprodutiva; acesso a serviços abrangentes de saúde reprodutiva, incluindo contracepção, saúde materna de qualidade e serviços de interrupção da gravidez quando necessário; a provisão de acomodações razoáveis, incluindo planos de previdência, que garantam a inclusão plena e o apoio ao desenvolvimento de crianças com deficiência; e a proteção do direito a um padrão de vida adequado por meio do fornecimento de acesso a água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e barata para uso pessoal e doméstico.


### III. Pedidos

Por tudo isso, nos permitimos solicitar respeitosamente à Ilustre Comissão que conceda a citada audiência no âmbito do próximo 180º Período de Audiências da CIDH e à Ilustre Relatora Especial sobre Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais que participe da referida ocasião.

Solicitamos respeitosamente que as notificações relacionadas a este pedido de audiência sejam enviadas para o seguinte endereço de e-mail: [notificaciones@reprorights.org](mailto:notificaciones@reprorights.org). Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossa mais alta consideração e estima.

Atenciosamente,

  
Center for Reproductive Rights

  
Centro pela Justiça e o Direito  
Internacional (CEJIL)

Anis - Instituto de Bioética,  
Direitos Humanos e Gênero

Global Health Justice Partnership  
(Universidade de Yale)

<sup>i</sup> CIDH. A CIDH faz um chamado aos Estados a incorporar a perspectiva de gênero na resposta à pandemia do COVID-19 e a combater a violência sexual e intrafamiliar neste contexto. 11 abril 2020. Disponível em: < <https://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2020/074.asp> >

<sup>ii</sup> Pan American Health Association. Cumulative cases reported by countries and territories in the Americas, 2015 – 2017, Zika cases and congenital syndrome associated with Zika virus. Dados como em 05 October 2017. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-oct-5-phe-ZIKV-cases.pdf>>

<sup>iii</sup> Veja-se: MOCELIN, H JS et al. Analysis of the spatial distribution of cases of Zika virus infection and congenital Zika virus syndrome in a state in the southeastern region of Brazil: Sociodemographic factors and implications for public health. Int J Gynecol Obstet 2020; 148 (Suppl. 2): 61–69.

<sup>iv</sup> Kasprzykowska, J I et al. A recursive sub-typing screening surveillance system detects the appearance of the ZIKV African lineage in Brazil: Is there a risk of a new epidemic?. International Journal of Infectious Diseases 96 (2020) 579–581.

<sup>v</sup> Secretaria de Vigilância e Saúde. Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes Aegypti. (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 38 , 2020. Boletim Epidemiológico, v. 51, Outubro 2020.



- <sup>vi</sup> Human Rights Watch. Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil/Esquecidas e desprotegidas: O impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil. 12 July 2017. Disponível em: <<http://hrw.org/report/2017/07/13/neglected-and-unprotected/impact-zika-outbreak-women-and-girls-northeastern>>
- <sup>vii</sup> Debora Diniz. Zika em Alagoas: a urgência dos direitos. Brasília: LetrasLivres, 2017, p. 10. Disponível em: <<https://anis.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Zika-em-Alagoas-a-urgencia-dos-direitos-1.pdf>>
- <sup>viii</sup> Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais. Relatório sobre o impacto da política econômica de austeridade nos direitos humanos. Brasil, 2017. Disponível em: <[https://austeridade.plataformadh.org.br/wp-content/uploads/2017/11/publicacao\\_dhesca\\_baixa.pdf](https://austeridade.plataformadh.org.br/wp-content/uploads/2017/11/publicacao_dhesca_baixa.pdf)>
- <sup>ix</sup> Center for Reproductive Rights; Harvard T.H. Chan School of Public Health; Yale Global Health Justice Partnership. Unheard voices: women's experiences with Zika – Brazil/Vozes silenciadas: A experiência da mulher com o Zika vírus – Brasil. Center for Reproductive Rights, 2018. Disponível em: [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR-Zika-Brazil%20\(1\).pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR-Zika-Brazil%20(1).pdf)
- <sup>x</sup> Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020. Disponível em: <[https://law.yale.edu/sites/default/files/area/center/ghjp/documents/zika\\_before\\_the\\_brazilian\\_supreme\\_court\\_from\\_a\\_delay\\_in\\_hearing\\_to\\_denial\\_of\\_rights\\_.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/13985.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.985%2C%20DE%20%20ABRIL%20DE%202020&text=Institui%20pens%C3%A3o%20especial%20destinada%20a,de%20Presta%C3%A7%C3%A3o%20Continuada%20(BPC)></a>></p><p><sup>xi</sup> STF, ADI 5581, Pleno, Rel. Min. Carmen Lúcia, julg. 4/05/2020.</p><p><sup>xii</sup> Sobre o caso, veja-se Miller AM, Gomes JCA, Rodríguez-Alarcón S and Daryani P. Zika before the Brazilian Supreme Court: From a delay in hearing to denial of rights?. 21 Maio 2019. Disponível em: <<a href=)>
- <sup>xiii</sup> A esse respeito veja-se, por exemplo, Gomes JCA, Mendes CHF. Confidentiality and Treatment Refusal: Conservative Shifts on Reproductive Rights by Brazilian Medical Boards. International Journal of Gynecology and Obstetrics 152.3 (March 2021): 459-464. E também Brandão ER, Cabral CS. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil. Sexual and Reproductive Health Matters. 2019;27:76-86.
- <sup>xiv</sup> Ximena Casas. New Zika Cases in Brazil Overshadowed by COVID-19. Human Rights Watch website. 28 May 2020. Disponível em: <<https://www.hrw.org/news/2020/05/28/new-zika-cases-brazil-overshadowed-covid-19>>
- <sup>xv</sup> Dados provenientes do COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University em 27 de Janeiro de 2021. Disponível em <<https://g.co/kgs/ScQwXP>>
- <sup>xvi</sup> Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e Conectas Direitos Humanos. Boletim Direitos na Pandemia n. 10 – Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil. São Paulo, 20/01/2021, Disponível em: <<https://cepedisa.org.br/publicacoes/>>
- <sup>xvii</sup> A esse respeito, veja-se: Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica: Apontamentos sobre a dimensão territorial da pandemia da COVID-19 e os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade socioespacial nas unidades de desenvolvimento humano de áreas metropolitanas brasileiras. Abril de 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/porta/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200423\\_nt\\_dirur%20n%2015\\_web.pdf](https://www.ipea.gov.br/porta/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200423_nt_dirur%20n%2015_web.pdf)
- <sup>xviii</sup> MLS Takemoto, MD Menezes, CB Andreucci, M Nakamura-Pereira, MMR Amorim, L Katz R, Knobel. The tragedy of COVID-19 in Brazil. International Journal of Gynecology Obstetrics, July, 2020. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13300>>
- <sup>xix</sup> Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. COVID-19 and the indigenous people: Confronting violence during the pandemic. Novembro 2020. Disponível em: <[https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_relatoriocovid\\_v7EN.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_relatoriocovid_v7EN.pdf)>
- <sup>xx</sup> G1. Pretos têm 62% mais chance de morrer por COVID-19 em São Paulo do que brancos. 28 abril 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/28/pretos-tem-62percent-mais-chance-de-morrer-por-covid-19-em-sao-paulo-do-que-brancos.ghtml>>
- <sup>xxi</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANVISA). Nota Técnica Conjunta nº 1/2021/DIPRO/DIFIS/DIDES. 23 mar 2021.
- <sup>xxii</sup> Ximena Casas. New Zika Cases in Brazil Overshadowed by COVID-19. Human Rights Watch website. 28 May 2020. Disponível em: <<https://www.hrw.org/news/2020/05/28/new-zika-cases-brazil-overshadowed-covid-19>>
- <sup>xxiii</sup> Brito L, Rondon G. Zika no Brasil: Lessons from reproductive justice for responses to humanitarian crises. Brasília: Letras Livres, 2020. Available at <[https://anis.org.br/wp-content/uploads/2020/12/ANIS\\_-PB-ZIKA-NO-BRASIL\\_-POR\\_-RHO-1.pdf](https://anis.org.br/wp-content/uploads/2020/12/ANIS_-PB-ZIKA-NO-BRASIL_-POR_-RHO-1.pdf)>
- <sup>xxiv</sup> Organização Mundial da Saúde. “One Year into the Zika Outbreak: How An Obscure Disease Became a Global Health Emergency” 5 maio 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/zika-virus/articles/one-year-outbreak/en/>>
- <sup>xxv</sup> D V Manfio & E M Alves. Deficiências no saneamento e a Covid-19: estudo de caso sobre falta de água, vulnerabilidade social e óbitos, no município de São Paulo. Observatório das Águas, jul 2020. Disponível em: <https://observatoriodasaguas.org/deficiencias-no-saneamento-e-a-covid-19-estudo-de-caso-sobre-falta-de-agua-vulnerabilidade-social-e-obitos-no-municipio-de-sao-paulo/>. E também: P R Martins-Filho et al. COVID-19 fatality rates related to social inequality in Northeast Brazil: a neighbourhood-level analysis., Journal of Travel Medicine, Volume 27, Issue 7, October 2020, taaa128, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa128>
- <sup>xxvi</sup> Instituto Água e Saneamento. Saneamento 2020: passado, presente e possibilidades do futuro para o Brasil. São Paulo: IAS, 2020. Disponível em: <<https://www.aguaesaneamento.org.br/saneamento-2020/>>
- <sup>xxvii</sup> *Id.*
- <sup>xxviii</sup> Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Pobreza na Infância e na adolescência. 13 agosto 2018. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza\\_na\\_Infancia\\_e\\_na\\_Adolescencia.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza_na_Infancia_e_na_Adolescencia.pdf)>
- <sup>xxix</sup> *Id.*
- <sup>xxx</sup> *Id.*
- <sup>xxxi</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19. 18 de maio de 2020. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717\\_apresentacao.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717_apresentacao.pdf)>
- <sup>xxxii</sup> *Id.*
- <sup>xxxiii</sup> *Id.*
- <sup>xxxiv</sup> Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Banco Mundial e SIWI. Nota Técnica — Agosto de 2020. O papel fundamental do saneamento e da promoção da higiene na resposta à COVID-19 no Brasil. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/9721/file/nota-tecnica-saneamento-higiene-na-resposta-a-covid-19.pdf>>
- <sup>xxxv</sup> BRK Ambiental & Instituto Trata Brasil. Mulheres e Saneamento. Março de 2019. Disponível em: <<https://mulheresesaneamento.com/pt/os-impactos-da-universalizacao-do-saneamento-sobre-as-mulheres>>
- <sup>xxxvi</sup> *Id.* p. 25.
- <sup>xxxvii</sup> P R Martins-Filho et al. COVID-19 fatality rates related to social inequality in Northeast Brazil: a neighbourhood-level analysis., Journal of Travel Medicine, Volume 27, Issue 7, October 2020, taaa128, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa128>
- <sup>xxxviii</sup> *Id.*

- xxxix M Correia. “Minha filha morreu à míngua”. Agência Pública. 15 Apr 2020. Disponível em: <[https://apublica.org/2020/04/minha-filha-morreu-a-mingua/?mc\\_cid=861d3a6af1&mc\\_eid=97864c06e1](https://apublica.org/2020/04/minha-filha-morreu-a-mingua/?mc_cid=861d3a6af1&mc_eid=97864c06e1)>
- xl *Id.*
- xli Center for Reproductive Rights; Harvard T.H. Chan School of Public Health; Yale Global Health Justice Partnership. Unheard voices: women's experiences with Zika - Brazil/Vozes silenciadas: A experiência da mulher com o Zika vírus - Brasil. Center for Reproductive Rights, 2018. Disponível em: [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR-Zika-Brazil%20\(1\).pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR-Zika-Brazil%20(1).pdf)
- xlii Publica, *Dor em Dobro*, 29 May 2014. Disponível em: <http://apublica.org/2014/05/dor-em-dobro-2>
- xliiii Gênero e Número; Article 19. Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia. Junho, 2020. Disponível em: <<http://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>>.
- xliiv The Guardian. Brazil: outcry as religious extremists harass child seeking abortion. August, 17, 2020. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/world/2020/aug/17/brazil-protest-abortion-recife-hospital>>.
- xlv Folha de São Paulo. Minister Damares Alves Tried Prevent Abortion of A 10-year-old Child, September 21, 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/internacional/en/brazil/2020/09/minister-damares-alves-tried-prevent-abortion-of-a-10-year-old-child.shtml>>.
- xlvi Portaria Ministério da Saúde n. 2.282/2020 de 27 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>>. Veja-se: Alves, L. Brazilian doctors condemn new rules on abortion. *The Lancet*, Volume 396, Issue 10254, 808. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31956-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31956-5/fulltext)>
- xlvii A esse respeito, órgãos de monitoramento de tratado solicitaram aos Estados que eliminem e evitem a adoção de barreiras medicamente desnecessárias ao aborto, incluindo períodos de espera obrigatórios, requisitos de aconselhamento tendenciosos e de autorização de terceiros. Veja-se Human Rights Committee, General Comment No. 36: On the right to life (Art. 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights), para. 26, U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (2018), para. 8.; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 22: On the right to sexual and reproductive health (Art. 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016), para. 41.; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health), (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, paras. 12(d), 17, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1., chap I (1999), ¶ 14.
- xlviii Portaria do Ministério da Saúde n. 2.561/2020 de 20 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>>-.
- xlix Sobre o tema veja-se: Gomes JCA, Mendes CHF. Confidentiality and Treatment Refusal: Conservative Shifts on Reproductive Rights by Brazilian Medical Boards. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 152.3 (March 2021): 459–464
- l RC Pacagnella et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, pp. 501-506, Sept. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032018000900501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000900501&lng=en&nrm=iso)>. Human Rights Watch, *World Report 2015: Brazil*, <https://www.hrw.org/world-report/2015/country-chapters/brazil>. Veja-se também, S de Zordo, *The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil*, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 23(1), Jan-Mar 2016, pp. 19-35
- li Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Alberto Madeiro. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & saúde coletiva*. 2017, vol.22, n.2, pp.653-660.
- lii S de Zordo, *The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil*, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 23(1), Jan-Mar 2016, p. 24.
- liiii Martins-Melo et al, *Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012*, June 2014, Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203075/#fn4>>; Monteiro, Adesse and Drezett, *Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013*, *Reprodução & Climatério* (2015).
- liv S de Zordo, *The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil*, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 23(1), Jan-Mar 2016, p. 24.
- lv G Kane; B Galli; P Skuster (Ipas), *When Abortion is a Crime – The Threat to Vulnerable Women in Latin America*, November 2014, p. 1
- lvi *Id.*
- lvii *Id.* Veja-se também Diretoria de Pesquisa e Acesso à Justiça da Defensoria Pública do Rio de Janeiro. Relatório, November 2017, Disponível em: <[http://www.portaldpge.rj.gov.br/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/Relatorio\\_Final\\_Processo\\_Aborto.pdf](http://www.portaldpge.rj.gov.br/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/Relatorio_Final_Processo_Aborto.pdf)>
- lviii *Id.*
- lixix G. Kane, B. Galli & P. Skuster (Ipas). *When Abortion is a Crime – The Threat to Vulnerable Women in Latin America*, November 2014, pp. 7-8.
- lx *Id.*
- lxi Guttmacher Institute. Higher Levels of Education Associated with Greater Access to Safe Abortion in Brazil. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, March 2015, Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/about/journals/ipsrh/2015/03/higher-levels-education-associated-greater-access-safe-abortion-brazil>>
- lxii Inter-American Commission of Women, *Violence against Women and the Measures to Contain the Spread of COVID-19*, Chapter 1, Disponível em: <<http://www.oas.org/es/cim/docs/COVID-19-RespuestasViolencia-EN.pdf>>. Veja-se também, United Nations, *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*, 9 April 2020, Disponível em: <[https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy\\_brief\\_on\\_covid\\_impact\\_on\\_women\\_9\\_apr\\_2020\\_updated.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf)>; UN Women, *COVID-19 en América Latina y el Caribe: cómo incorporar a las mujeres y la igualdad de género en la gestión de la respuesta a la crisis*, 17 March 2020, Disponível em: <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/03/briefing%20coronavirus1117032020.pdf?la=es&vs=930/>>
- lxiii Veja-se Working Group on discrimination against women and girls, *Responses to the COVID-19 could exacerbate pre-existing and deeply entrenched discrimination against women and girls*, say UN experts, Press Release, 20 April 2020.
- lxiv Maternal Mortality Inter-Agency Group (MMEIG) - WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. *Maternal mortality in 2000-2017. Internationally comparable MMR estimates - Brazil*. Disponível em: [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/bra.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/bra.pdf?ua=1).
- lxv CEDAW, Communication No 17/2008, 27 September 2011, ¶¶ 7.4, 7.5 & 7.6
- lxvi *Id.*, para 8.2.a
- lxvii *Id.*, para 8.2.b
- lxviii *Id.*, ¶ 8.
- lxix Com efeito, em 2014, a Relatora para Acompanhamento das Recomendações da CEDAW de 2012 observou que o Brasil não havia fornecido informações suficientes sobre o cumprimento da recomendação. Carta da Relatora para Acompanhamento das Observações Finais

- do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, 16 de dezembro de 2014, pp. 4-5. Disponível em: <[https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NOR/INT\\_CEDAW\\_FUL\\_NOR\\_19250\\_E.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NOR/INT_CEDAW_FUL_NOR_19250_E.pdf)>
- <sup>lxx</sup> Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil. Relatório sobre mortalidade materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel / [redação Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz]. -- 1. ed. -- Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2015.
- <sup>lxxi</sup> RL Theophilo; D Rattner; EL Pereira. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, v. 23, n. 11, pp. 3505-3516. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>>.
- <sup>lxxii</sup> RC Pacagnella et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, pp. 501-506, Set. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032018000900501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000900501&lng=en&nrm=iso)>
- <sup>lxxiii</sup> Alicia E Yamin, Beatriz Galli and Sandra Valongueiro. Implementing international human rights recommendations to improve obstetric care in Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 143.1 (October 2018), pp. 114-120.
- <sup>lxxiv</sup> Geledés; Criola. A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: Violências e violações, 2016. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Dossie-Mulheres-Negras-PT-WEB3.pdf>>
- <sup>lxxv</sup> Família suspeita de morte de jovem em maternidade, e Prefeitura do Rio promete apurar. *Jornal Extra*, September 2020. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/rio/familia-suspeita-de-morte-de-jovem-em-maternidade-prefeitura-do-rio-promete-apurar-24617770.html>>.
- <sup>lxxvi</sup> MLS Takemoto, MD Menezes, CB Andreucci, M Nakamura-Pereira, MMR Amorim, L Katz R, Knobel. The tragedy of COVID-19 in Brazil. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, July, 2020. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13300>>.
- <sup>lxxvii</sup> *Id.*
- <sup>lxxviii</sup> *Id.*
- <sup>lxxix</sup> Article 19. Legal Abortion Map. Disponível em: <<https://mapaabortolegal.org/>>.
- <sup>lxxx</sup> *Id.*
- <sup>lxxxi</sup> Veja-se “Acesso aos serviços de saúde materna sob uma perspectiva de direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Eng/MaternalHealthTOCeng.htm>, paras. 29 e 84; e “Normas Jurídicas Relacionadas à Igualdade de Gênero e aos Direitos da Mulher no Sistema Interamericano de Direitos Humanos: Desenvolvimento e Aplicação”, OEA/Ser.L/V/II. 143 Doc. 60, <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/REGIONAL%20STANDARDS.pdf>.
- <sup>lxxxii</sup> Inter-American Court of Human Rights. Artavia Murillo (“In Vitro Fertilization”) v. Costa Rica. Preliminary objections, merits, reparations, and costs. Judgement of November 28, 2012. Série C No. 257. Par. 222, 223. <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_ing.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_ing.pdf)>
- <sup>lxxxiii</sup> Inter-American Court of Human Rights. Caso Guzmán Albarracín y Otras vs. Ecuador. Sentencia de 24 de Junio De 2020. Fondo, Reparaciones y Costas. Par. 109.
- <sup>lxxxiv</sup> P Ferreira. Ministério da Saúde recomenda que mulheres adiem gravidez devido à pandemia. *O Globo*. 12 abr 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/ministerio-da-saude-recomenda-que-mulheres-adiem-gravidez-devido-pandemia-24974423>>